



# STATE OF IOWA

CHESTER J. CULVER, GOVERNOR  
PATTY JUDGE, LT. GOVERNOR

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

July 25, 2008

## GENERAL LETTER NO. 17-AP-8

ISSUED BY: Division of Child and Family Services

SUBJECT: Employees' Manual, Title 17, Appendix, **CHILD WELFARE APPENDIX**, Contents (pages 1 through 5), revised; Contents (page 6), new; pages 1, 3, 6, 6a, 7 through 10, 15 through 21, 24, 25, 26, 28, 29, 31 through 37, 42, 46, 50, 57 through 60, 87 through 90, 90a, 90b, 91 through 94, 95, 112, 128 through 133, 137, 138, 140, 141, 145 through 153, 158, 161, 162, 169, 175, 180, 182, 183, 184, 198 through 206, 208, 209, 213, 223, and 224, revised; pages 6b, 54a through 54f, 90c, and 90d, new; and the following forms:

- 470-3614(S) *Adoption Information Checklist* (Spanish), new
- 470-0745(S) *Adoption Notice of Decision* (Spanish), new
- 470-0749(S) *Adoption Subsidy Agreement* (Spanish), new
- 470-4538 *Agreement and Consent for School Activities*, new
- 470-0761 *Agreement of Placement for Adoption*, revised
- 470-0761(S) *Agreement of Placement for Adoption* (Spanish), new
- 470-0762(S) *Agreement to Future Adoption Subsidy* (Spanish), new
- 470-0744(S) *Application for Subsidy* (Spanish), new
- 470-3225(S) *Authorization to Release HIV-Related Information* (Spanish), new
- 470-3615(S) *Background Report Part 1* (Spanish), new
- 470-3698(S) *Background Report Part 2* (Spanish), new
- 470-3031(S) *Birth Parent Affidavit to Court* (Spanish), new
- Comm. 164(S) *Child Abuse: A Guide for Mandatory Reporters* (Spanish), new
- 470-3239(S) *Child Abuse Assessment Parental Notification* (Spanish), new
- 470-4057 *Child Care Assistance Eligibility Worksheet*, revised
- 470-4057(S) *Child Care Assistance Eligibility Worksheet* (Spanish), new
- 470-3240(S) *Child Protective Services Assessment Summary* (Spanish), new
- 470-3164(S) *Counseling Affidavit* (Spanish), new
- RC-0095 *Criminal Record Case Codes*, reprinted
- 595-1396 *DHS Criminal History Record Check*, revised
- 595-1396(S) *DHS Criminal History Record Check* (Spanish), revised
- 470-4486 *Drug Test Authorization*, new
- 470-2914(S) *Foster Care and Subsidized Adoption Medicaid Review* (Spanish), new

470-1952 *Foster Care Clothing Allowance*, new  
470-2747(S) *Foster Care Provider Medical Letter (Spanish)*, new  
470-0714(S) *Foster Care Review Notice (Spanish)*, new  
470-4401(S) *Foster Child Behavioral Assessment (Spanish)*, new  
470-0716(S) *Foster Family Placement Contract (Spanish)*, new  
470-0718(S) *Foster Family Removal Letter (Spanish)*, new  
470-4384(S) *Founded Abuse in Nonregistered Child Care Parent Letter (Spanish)*, new  
RC-0099 *How Do I? Guide: Adoption*, revised  
470-3918 *IV-E Changes*, revised  
470-3839 *IV-E Initial Placement Information*, revised  
470-3018(S) *Letter of Removal (Spanish)*, new  
470-4540 *Long-Term Permanency Placement Agreement*, new  
470-3061(S) *Medicaid Referral (Spanish)*, new  
470-0386 *Medical Transportation Claim*, revised  
470-0386(S) *Medical Transportation Claim (Spanish)*, revised  
595-1494 *Non-Law Enforcement Record Check Billing Form*, revised  
595-1489 *Non-Law Enforcement Record Check Request Form A*, revised  
595-1489(S) *Non-Law Enforcement Record Check Request Form A (Spanish)*, revised  
470-3575(S) *Notice of Child Abuse Assessment: Confirmed Not Registered (Spanish)*, new  
470-3243(S) *Notice of Child Abuse Assessment: Founded (Spanish)*, new  
470-3242(S) *Notice of Child Abuse Assessment: Not Confirmed (Spanish)*, new  
470-0580 *Physical Record*, revised  
470-0580(S) *Physical Record (Spanish)*, revised  
470-3616(S) *Placement Consideration (Spanish)*, new  
470-3617(S) *Placement Notification (Spanish)*, new  
470-3055(S) *Referral and Authorization for Child Welfare Services (Spanish)*, new  
470-3185 *Referral Guide for Transition Planning*, revised  
470-0662(S) *Referral of Client for Purchase of Social Services (Spanish)*, new  
470-2737(S) *Request for Medicaid Information (Spanish)*, new  
470-3056(S) *Request for Tangible Goods, Child Care, and Ancillary Services (Spanish)*, new  
470-2990(S) *Rescinding the Consent to Adoption (Spanish)*, new  
470-3396(S) *Review Decision on Nonregistered Report (Spanish)*, new  
470-3395(S) *Review Decision on Registered Report (Spanish)*, new  
470-4132(S) *Safety Assessment (Spanish)*, new  
470-4461(S) *Safety Plan (Spanish)*, new  
470-2634(S) *Voluntary Foster Care Petition (Spanish)*, new  
470-0715 *Voluntary Foster Care Placement Agreement*, reprinted  
470-0715(S) *Voluntary Foster Care Placement Agreement (Spanish)*, new

## Summary

This chapter is revised to:

- ◆ Add new form 470-4538, *Agreement and Consent for School Activities*, for the foster child's parent to consent for their child to participate in school activities while residing in a foster family home.
- ◆ Update form 470-0761, *Agreement of Placement for Adoption*, to reflect the Department's current organizational structure.
- ◆ Update form 470-4057, *Child Care Assistance Eligibility Worksheet*, to show current income limits.
- ◆ Update forms 595-1396 and 595-1396(S), *DHS Criminal History Record Check*, and its instructions to reflect that the Division of Criminal Investigation (DCI) has moved to a new address and has a new telephone and fax number.
- ◆ Add form 470-4486, *Drug Test Authorization*, for authorization and payment for the drug testing of children or adults during a child protective assessment or during the provision of ongoing services to children and families, due to a state contract with a drug testing laboratory.
- ◆ Add new form 470-1952, *Foster Care Clothing Allowance*, for the foster parent to submit to the child's caseworker for reimbursement of clothing purchased for the foster child.
- ◆ Update RC-0099, *How Do I? Guide: Adoption*, to reflect current policy and procedures.
- ◆ Update form 470-3918, *IV-E Changes*, to incorporate format changes as well as add types of changes to be reported on the form. Section 3 has been updated to reflect the current RE2 determination process that is now completed by the SW4.
- ◆ Update form 470-3839, *IV-E Initial Placement Information*, to incorporate format changes and minor changes in wording.
- ◆ Add form 470-4540, *Long-Term Permanency Placement Agreement*, for a child with the goal of planned permanent living arrangement.
- ◆ Update form 470-0386 and 470-0386(S), *Medical Transportation Claim*, to change "State ID number" to "Medicaid number" and to change "recipient" to "member." The time elapsed between the date the transportation took place and the date the claim is received in the local office has been changed from 90 days to 365 days.
- ◆ Update form 595-1494, *Non-Law Enforcement Record Check Billing Form*, to reflect that the Division of Criminal Investigation (DCI) has moved to a new address and has a new telephone and fax number.
- ◆ Update forms 595-1489 and 595-1489(S), *Non-Law Enforcement Record Check Request Form A*, to reflect that the Division of Criminal Investigation (DCI) has moved to a new address and has a new telephone and fax number.
- ◆ Update form 470-0580 and 470-0580(S), *Physical Record*, to add a section for mental and dental health to comply with federal Child and Family Service Review standards. The instructions for this form are updated.

- ◆ Update form 470-3185, *Referral Guide for Transition Planning*, to focus the questions more clearly on the child's service needs.
- ◆ Add the following forms that are now available in Spanish:
  - 470-3614(S), *Adoption Information Checklist*
  - 470-0745(S), *Adoption Notice of Decision*
  - 470-0749(S), *Adoption Subsidy Agreement*
  - 470-0761(S), *Agreement of Placement for Adoption*
  - 470-0762(S), *Agreement to Future Adoption Subsidy*
  - 470-0744(S), *Application for Subsidy*
  - 470-3225(S), *Authorization to Release HIV-Related Information (Spanish)*,
  - 470-3615(S), *Background Report Part 1*
  - 470-3698(S), *Background Report Part 2*
  - 470-3031(S), *Birth Parent Affidavit to Court*
  - Comm. 164(S), *Child Abuse: A Guide for Mandatory Reporters*
  - 470-3239(S), *Child Abuse Assessment Parental Notification*
  - 470-4057(S), *Child Care Assistance Eligibility Worksheet*
  - 470-3240(S), *Child Protective Services Assessment Summary*
  - 470-3164(S), *Counseling Affidavit*
  - 470-2914(S), *Foster Care and Subsidized Adoption Medicaid Review*
  - 470-2747(S), *Foster Care Provider Medical Letter*
  - 470-0714(S), *Foster Care Review Notice*
  - 470-4401(S), *Foster Child Behavioral Assessment*
  - 470-0716(S), *Foster Family Placement Contract*
  - 470-0718(S), *Foster Family Removal Letter*
  - 470-4384(S), *Founded Abuse in Nonregistered Child Care Parent Letter*
  - 470-3018(S), *Letter of Removal*
  - 470-3061(S), *Medicaid Referral*
  - 470-3575(S), *Notice of Child Abuse Assessment: Confirmed Not Registered*
  - 470-3243(S), *Notice of Child Abuse Assessment: Founded*
  - 470-3242(S), *Notice of Child Abuse Assessment: Not Confirmed*
  - 470-3616(S), *Placement Consideration*
  - 470-3617(S), *Placement Notification*
  - 470-3055(S), *Referral and Authorization for Child Welfare Services*
  - 470-0662(S), *Referral of Client for Purchase of Social Services*
  - 470-2737(S), *Request for Medicaid Information*
  - 470-3056(S), *Request for Tangible Goods, Child Care and Ancillary Services*
  - 470-2990(S), *Rescinding the Consent to Adoption*
  - 470-3396(S), *Review Decision on Nonregistered Report*
  - 470-3395(S), *Review Decision on Registered Report*
  - 470-4132(S), *Safety Assessment*
  - 470-4461(S), *Safety Plan*
  - 470-2634(S), *Voluntary Foster Care Petition*
  - 470-0715(S), *Voluntary Foster Care Placement Agreement*

- ◆ Reprint RC-0095, *Criminal Record case Codes*, and 470-0715, *Voluntary Foster Care Placement Agreement*, to correct printing errors.
- ◆ Update references to the Division of Child and Family Services.

### **Effective Date**

Form 470-4486 was effective on October 1, 2007.

All other changes are effective immediately.

### **Material Superseded**

Remove the following pages from Employees' Manual, Title 17, Appendix, and destroy them:

<u>Page</u>	<u>Date</u>
Contents (pages 1-5)	August 17, 2007
1, 3, 6	September 1, 2006
6a, 7, 8	June 8, 2007
470-0761	7/00
9, 10, 15-20	September 1, 2006
21	August 17, 2007
24-26, 28, 29	September 1, 2006
31-37	November 21, 2006
42, 46	September 1, 2006
RC-0095 (before p. 49)	8/06
50	September 1, 2006
595-1396	8/96
595-1396(S)	8/96
57-60	September 1, 2006
86a	June 8, 2007
87-90 *	September 1, 2006
90a, 90b	June 8, 2007
91-93	September 1, 2006
94	November 21, 2006
95	September 1, 2006
RC-0099 (before p. 102a)	6/07
112, 128	September 1, 2006
470-3918	11/05
129, 130	September 1, 2006
470-3839	3/06
131, 132	September 1, 2006
133 *	June 8, 2007
137, 138, 140, 141 *	September 1, 2006
470-0386	12/05
470-0386(S)	12/05
595-1494	3/97
145, 146	September 1, 2006
595-1489	4/99

595-1489(Sp)	5/99
147-153, 158	September 1, 2006
470-0580	6/00
470-0580(S)	12/05
161, 162, 169, 175	September 1, 2006
180, 182	June 8, 2007
470-3185	8/01
183, 184	June 8, 2007
198-203	September 1, 2006
204-206, 208, 209	August 17, 2006
213, 223, 224	September 1, 2006

\* As forms are added and removed, existing pages are renumbered to eliminate or consolidate gaps. To accommodate these changes, the following form samples need to be refiled:

- ◆ Move form 470-3725 to follow page 90 instead of page 88.
- ◆ Move form 470-2747 to precede page 90a instead of page 89.
- ◆ Move form 470-0714 to follow page 90b instead of page 90.
- ◆ Move form 470-4401 to precede page 90c instead of page 90a.
- ◆ Move form 470-3018 to precede page 133 instead of following page 134.
- ◆ Move RC-0092 to precede page 137 instead of following page 138.

#### **Additional Information**

Refer questions about this general letter to your area service administrator.

---

	<u>Page</u>
Adoption Information Checklist, Form 470-3614 and 470-3614(S) .....	1
Adoption IV-E Checklist, Form 470-4075 .....	2
Adoption Notice of Decision, Form 470-0745 and 470-0745(S) .....	3
Adoption Report to the Court, Form 470-3355.....	4
Adoption Staffing Summary, Form 470-0774 .....	5
Adoption Subsidy Agreement, Form 470-0749 and 470-0749(S).....	6
Adoption Subsidy Special Needs Professional Documentation, Form 470-4312 .....	6b
AdoptUsKids Website Waiver, Form 470-4155 .....	7
Agreement and Consent for School Activities, Form 470-4538 .....	8
Agreement of Placement for Adoption, Form 470-0761 and 470-0761(S) .....	9
Agreement to Future Adoption Subsidy, Form 470-0762 and 470-0762(S) .....	10
Application for Adoption, Form 470-0743 and 470-0743(S).....	11
Application for All Social Services, Form 470-0615 and 470-0615(S) .....	12
Application for Subsidy, Form 470-0744 and 470-0744(S) .....	15
Authorization for Release of Child Abuse Information, Form 470-3301 and 470-3301(S) .....	16
Authorization to Release HIV-Related Information, Form 470-3225 and 470-3225(S) .....	18
Background Report Part 1, Form 470-3615 and 470-3615(S) .....	19
Background Report Part 2, Form 470-3698 and 470-3698(S) .....	20
Birth Parent Affidavit to Court, Form 470-3031 and 470-3031(S).....	21
Case Closure, RC-0101 .....	22
Child Abuse: A Guide for Mandatory Reporters, Comm. 164 and Comm. 164(S).....	24
Child Abuse Assessment Parental Notification, Form 470-3239 and 470-3239(S) .....	25
Child Abuse Multidisciplinary Team Agreement, Form 470-0639.....	26
Child Abuse Registry Report Code Card, RC-0003 .....	27
Child Care Assistance Eligibility Worksheet, Form 470-4057 and 470-4057(S) .....	29
Child Protective Assessment Cover Letter, Form 470-3479.....	30

---

	<u>Page</u>
Child Protective Services Assessment Summary, Form 470-3240 and 470-3240(S) ....	31
Child Protective Services Intake, Form 470-0607.....	38
CINA Guidance Tool, RC-0077 .....	40b
CINA Intake Guidance Tree, RC-0097 .....	40c
CINA Services Assessment Summary, Form 470-4135 .....	40d
Community Care Desk Aid, RC-0098.....	41
Community Care Explanation and Referral, Form 470-4128 and 470-4128(S).....	42
Confidential Verification of Birth, Form 588-0298VR.....	44
Consent to Adoption, Form 470-0755 and 470-0755(S).....	45
Counseling Affidavit, Form 470-3164 and 470-3164(S) .....	46
CPS and CINA Intake Decision Tree, RC-0076 .....	47
CPS Assessment – Case Disposition Decision Tree, RC-0093 .....	48
Criminal Record Case Codes, RC-0095 .....	49
DHS Criminal History Record Check, Form 595-1396 and 595-1396(S).....	50
Dissemination Desk Aid, RC-0049 .....	52
Drug Test Authorization, Form 470-4486.....	54a
Drug Testing Guidelines, RC-0090 .....	55
Exchange Referral of Family, Form 470-0752.....	56
Facility Assessment Checklist for Child Care Centers, Form 470-3853.....	57
Facility Assessment Checklist for Child Care Homes, Form 470-3854 .....	58
Facility Assessment Checklist for Foster Family Homes, Form 470-3855.....	59
Facility Assessment Checklist for Group Care, Form 470-3856 .....	60
Family Case Plan, Form 470-3453 and 470-3453(S) .....	63
Family Functioning Domain Criteria, Form 470-4138 .....	74
Family Risk Assessment, Form 470-4133 .....	76
Family Team Decision-Making Evaluation Handbook, Comm. 283.....	86
Foster Care and Subsidized Adoption Medicaid Review, Form 470-2914 and 470-2914(S) .....	87
Foster Care Clothing Allowance, Form 470-1952.....	89

---

	<u>Page</u>
Foster Care Escrow Account Transaction, Form 470-3725 .....	90
Foster Care Provider Medical Letter, Form 470-2747 and 470-2747(S) .....	90a
Foster Care Review Notice, Form 470-0714 and 470-0714(S) .....	90b
Foster Child Behavioral Assessment, Form 470-4401 and 470-4401(S).....	90c
Foster Family Placement Contract, Form 470-0716 and 470-0716(S) .....	91
Foster Family Removal Letter, Form 470-0718 and 470-0718(S) .....	93
Founded Abuse in Nonregistered Child Care Parent Letter, Form 470-4384 and 470-4384(S) .....	94
Future Needs Adoption Subsidy Professional Documentation, Form 470-4311 .....	94a
General Accounting Expenditure, GAX.....	94b
Health Services Application, Form 470-2927 and 470-2927(S) .....	99
Home Study Update Guide: Transition to Adoption, RC-0053.....	101
Home Study Update Worksheet, Form 470-3619 .....	102
How-Do-I? Guide: Adoption, RC-0099.....	102a
How-Do-I? Guide: Case Closure, RC-0102 .....	102b
How-Do-I? Guide: Case Management, RC-0083.....	103
How-Do-I? Guide: Case Planning, RC-0082.....	104
How-Do-I? Guide: CINA Assessment, RC-0087 .....	105
How-Do-I? Guide: CINA Intake, RC-0088 .....	106
How-Do-I? Guide: CPS Assessment, RC-0086 .....	107
How-Do-I? Guide: CPS Intake, RC-0089.....	108
How-Do-I? Guide: In-Home Case Management, RC-0084 .....	109
How-Do-I? Guide: Out-of-Home Case Management, RC-0096.....	110
ICAMA Notice of Action, Form 470-3700 (ICAMA 6.02) .....	111
ICAMA Notice of Medicaid Eligibility/Case Activation, Form 470-3699 (ICAMA 6.01) ..	112
ICAMA Report of Change in Child/Family Status, Form 470-3701 (ICAMA 6.03) .....	113
ICPC Financial and Medical Plan, Form 470-3827 .....	115
ICPC Interstate Compact Transmittal, Form 470-0790.....	116
Intake Guidance Tool, Form 470-4131 .....	117

---

	<u>Page</u>
Interstate Compact on the Placement of Children Request (ICPC 100A), Form 470-0781 .....	118
Interstate Compact Requirements for Placing Children Out of Iowa, RC-0045 .....	126
Interstate Compact Requirements for Receiving Children Into Iowa, RC-0046.....	127
IV-E Changes, Form 470-3918.....	128
IV-E Initial Placement Information, Form 470-3839 .....	130
JCS Referral for Payment, Form 470-3334 .....	132
Letter of Removal, Form 470-3018 and 470-3018(S) .....	133
Limited Services Eligibility, RC-0092 .....	137
Long-Term Permanency Placement Agreement, Form 470-4540 .....	138
Matching Tool, Form 470-3613 .....	139
Medicaid Referral, Form 470-3061 and 470-3061(S) .....	140
Medical Transportation Claim, Form 470-0386 and 470-0386(S).....	141
Mexican Consulate Notification, Form 470-4385 .....	143
Non-Law Enforcement Record Check Billing Form, Form 595-1494 .....	145
Non-Law Enforcement Record Check Request Form A, Form 595-1489 and 595-1489(S) .....	146
Notice of Child Abuse Assessment: Confirmed Not Registered, Form 470-3575 and 470-3575(S) .....	148
Notice of Child Abuse Assessment: Founded, Form 470-3243 and 470-3243(S) .....	150
Notice of Child Abuse Assessment: Not Confirmed, Form 470-3242 and 470-3242(S) .....	152
Notice of Decision: Services, Form 470-0602 and 470-0602(S) .....	154
Notice of Intake Decision, Form 470-3789 .....	156
Payee/Placement Changes, Form 470-3359 .....	156a
Photography Record, Form 470-3350.....	157
Physical Record, Form 470-0580 and 470-0580(S) .....	158
Placement Agreement: Child Placing or Child Caring Agency (Provider), Form 470-0719.....	159
Placement Agreement: Specialized Psychiatric Institution, Form 470-2490.....	160
Placement Consideration, Form 470-3616 and 470-3616(S).....	161

---

	<u>Page</u>
Placement Notification, Form 470-3617 and 470-3617(S) .....	162
PMIC Exchange of Information, Form 470-2479 .....	163
Preplacement Screening for Supervised Apartment Living Foster Care, Form 470-4063 .....	167
Receipt of HIV-Related Information, Form 470-3227 .....	168
Receiving State's Priority Home Study, Form 470-3926 (ICPC 102) .....	169
Record Check Evaluation, Form 470-2310 and 470-2310(S) .....	179
Referral and Authorization for Child Welfare Services, Form 470-3055 and 470-3055(S) .....	180
Referral Guide for Transition Planning, Form 470-3185 .....	182
Referral of Client for Purchase of Social Services, Form 470-0662 and 470-0662(S) .....	184
Release of Confidential HIV Information, Form 470-3234 .....	187
Report of Suspected Child Abuse, Form 470-0665 and 470-0665(S) .....	188
Report on Child's Placement Status (ICPC 100B), Form 470-0788 .....	189
Report on Efforts to Place Child for Adoption, Form 470-2889 .....	194
Request for Approval of Supervised Apartment Living Foster Care Placement, Form 470-3186 .....	195
Request for Child Abuse Information, Form 470-0643 .....	196
Request for Medicaid Information, Form 470-2737 and 470-2737(S) .....	198
Request for Tangible Goods, Child Care, and Ancillary Services, Form 470-3056 and 470-3056(S) .....	199
Rescinding the Consent to Adoption, Form 470-2990 and 470-2990(S) .....	201
Review Decision on Nonregistered Report, Form 470-3396 and 470-3396(S) .....	202
Review Decision on Registered Report, Form 470-3395 and 470-3395(S) .....	203
Safety Assessment, Form 470-4132 and 470-4132(S) .....	204
Safety Assessment Guidance, RC-0104 .....	207
Safety Plan, Form 470-4461 and 470-4461(S) .....	208
Sending State Priority Home Study Request, Form 470-3925 (ICPC 101) .....	213
SSI Advocacy Project Referral, Form 470-3361 .....	220

	<u>Page</u>
Supervisory Report, Form 470-0773 .....	221
Transfer of Subsidized Adoption Case, Form 470-3003 .....	222
Voluntary Foster Care Petition, Form 470-2634 and 470-2634(S) .....	223
Voluntary Foster Care Placement Agreement, Form 470-0715 and 470-0715(S) .....	224
Waiting Child Enrollment, Form 470-3351 .....	225

## ADOPTION INFORMATION CHECKLIST (LISTADO DE DATOS SOBRE ADOPCIÓN)

Nombre del niño \_\_\_\_\_

La siguiente información será presentada y/o tratada con la familia adoptiva como parte de la actividad previa a la colocación:

- Informe de antecedentes (Parte I y Parte II)
- Historia clínica del niño y/o de las familias, si corresponde
- Informes psicológicos y/o psiquiátricos del niño, si corresponde
- Informe educativo, es decir, Programas de Educación Individualizada (IEP's), registros escolares, libretas de calificaciones
- Foto(s) del niño
- Informes del proveedor, si corresponde
- Libro de vida, si está disponible
- Situación legal del niño, incluida su situación en lo relativo a las apelaciones

**Los informes no contendrán ninguna identificación que revele la identidad de los miembros de la familia biológica del niño adoptado.**

---

La información que antecede fue compartida y tratada con la familia adoptiva como parte de la actividad previa a la colocación.

Madre adoptiva	Fecha
Padre adoptivo	Fecha
Administrador de casos	Fecha

**Adoption Information Checklist, Form 470-3614 and 470-3614(S)**

Purpose	Form 470-3614 or 470-3164(S) outlines the minimum information about the child that shall be given to the adoptive family <b>before</b> an adoptive placement.
Source	DHS workers can complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved adoption forms folder on Outlook.  Print the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The child's worker completes this form after thoroughly reviewing the identified information with the adoptive family and giving the family a copy of the information.  De-identify all reports given to the adoptive family so as not to disclose the identity of the biological family members of the adoptive child.
Distribution	Keep a copy of the form in the child's record and give a copy to the adoptive family.
Data	Check off the information and obtain the signatures of the adoptive parents, as well as the worker.

## Adoption Notice of Decision (Notificación de la decisión de adopción)

Fecha de emisión:	
A: Domicilio:	De: Domicilio:

La siguiente decisión fue tomada sobre la base de la información suministrada en su solicitud de adopción:

- Su solicitud de adopción ha sido aprobada con vigencia hasta \_\_\_\_\_.
- Su solicitud ha sido rechazada por los siguientes motivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Adopción subvencionada

- Su solicitud de adopción subvencionada ha sido aprobada.
- Su solicitud de adopción subvencionada ha sido aprobada para una subvención de adopción en caso de necesidad futura.
- Su solicitud de adopción subvencionada ha sido rechazada por los siguientes motivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- El pago por mantenimiento de \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
ha sido  aumentado  reducido  dado por concluido por los siguientes motivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Su caso ha sido cerrado por los siguientes motivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Esta decisión ha sido tomada sobre la base de las políticas detalladas en el Código Administrativo de Iowa o el Código de Iowa:** \_\_\_\_\_

Si usted tiene alguna duda sobre esta decisión, desea recibir una explicación más detallada sobre la misma o bien presentar más datos que, en su opinión, podrían cambiar la decisión tomada, por favor comuníquese a la oficina del condado que maneja su solicitud a la brevedad posible. (Ninguno de estos pedidos ampliarán el plazo que usted tiene para apelar). **Sus derechos para apelar esta decisión figuran al reverso de esta notificación.**

Empleado	Teléfono
----------	----------

## Usted tiene el derecho de apelar

**¿Qué es una apelación?** Una apelación consiste en solicitar una audiencia debido a que usted no está conforme con la decisión tomada por el Department of Human Services (DHS). Usted tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con determinada decisión y no deberá pagar por hacerlo. [441 Código Administrativo de Iowa Capítulo 7).

**¿Cómo debo apelar?** Presentar una apelación es sencillo. Debe apelar por escrito en **una** de las siguientes formas:

Tramite una apelación visitando la página <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, **o bien**

- Escribanos una carta indicando los motivos por los cuales usted considera que la decisión es incorrecta, **o bien**,
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Podrá obtener este formulario en la oficina de DHS de su condado.

Envíe o presente su apelación ante el Department of Human Services, Appeals Section, 5<sup>th</sup> Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para completar una apelación, contáctese con la oficina de DHS de su condado.

**¿Cuánto tiempo tengo para apelar?** Usted debe presentar una apelación:

- Dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de la decisión en cuestión, o bien
- Antes de la fecha de entrada en vigencia de la mencionada decisión.

En caso de presentar una apelación entre los 30 y los 90 días calendario posteriores a la fecha de la decisión, usted deberá decirnos por qué se demoró en apelar. Si ofrece una buena razón para justificar el retraso, nosotros decidiremos si tiene derecho a una audiencia.

Si presenta su apelación luego de transcurridos 90 días de la decisión en cuestión, no podremos concederle audiencia.

**¿Puedo continuar obteniendo beneficios mientras mi apelación está en trámite?** Usted puede conservar sus beneficios hasta que se tome una decisión definitiva respecto de su apelación o hasta que concluya su período de certificación si presenta su apelación:

- Dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de la decisión en cuestión o bien,
- Antes de la fecha de entrada en vigencia de la mencionada decisión

Todo beneficio que usted obtenga mientras tramite una apelación, posiblemente deba restituirlo en caso de ser correcta la acción tomada por el Departamento.

**¿Como sabré si se me concedió la audiencia?** Usted recibirá una notificación donde se le informará la fecha y hora en que está programado realizar una audiencia telefónica. Mediante esta carta se le informarán los motivos por los cuales no se le concedió audiencia. También se le indicarán los pasos a seguir si no está de acuerdo con la decisión de no concederle audiencia.

**¿Puedo contar con ayuda en la audiencia?** Ya sea usted o cualquier otra persona, por ejemplo un amigo o un familiar, podrá explicar los motivos por los cuales no está de acuerdo con la decisión del Departamento. Podrá también ser asistido por un abogado, pero, en ese caso, el Departamento no correrá con los gastos de este servicio. Usted podrá obtener información sobre los servicios legales a través de la oficina de DHS de su condado. El costo de los servicios legales se estimará de acuerdo con sus ingresos. También podrá contactarse con el Servicio de Asistencia Legal de Iowa (Iowa Legal Aid) al 1-800-532-1275. Si vive en el Condado Polk, comuníquese al 243-1193.

### **Política relativa a la discriminación, el acoso, la acción afirmativa y la oportunidad igualitaria de empleo**

Es política del Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin distinción de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, discapacidad, tendencia política o condición de veterano.

Si usted considera que ha sido víctima de discriminación o acoso por parte del DHS, no dude en enviar una carta presentando su queja al: Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.

**Adoption Notice of Decision, Form 470-0745 and 470-0745(S)**

Purpose	Form 470-0745 or 470-0745(S) is used to: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Close a case.</li><li>◆ Notify parents regarding subsidy payments.</li></ul>
Source	DHS workers can complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved adoption forms folder on Outlook. Private agencies can print the form from the sample in the manual.  Print the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The adoptive family's worker prepares an original and one copy of the form when a decision is made regarding the various actions listed on the form.  Adoptive approvals must be done annually in order for the home to be eligible for adoptive placement.
Distribution	Give the original to the family. Keep one copy in the file.
Data	The "issue date" is the date the notice is completed.  Indicate the date one year after the home study or home study update was completed as the date the application is "approved effective through."

**Adoption Subsidy Agreement, Form 470-0749 and 470-0749(S)**

Purpose	Form 470-0749 or 470-0749(S) serves as the agreement between the Department and the adoptive family.
Source	DHS workers can complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved adoption forms folder on Outlook.  Print the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The adoption worker prepares a separate agreement for each child. Three copies are prepared for an initial agreement. Each adoptive parent, the adoption worker, and the service area manager must sign the agreement.  An agreement for presubsidy may be completed at any time during the adoptive placement, but before finalization of the adoption. No presubsidy payments can be made before the application is completed and the agreement for subsidy is completed and signed by all parties.  The agreement for subsidy is prepared before finalizing the adoption and whenever the subsidy agreement is modified.
Distribution	After all signatures have been obtained for the initial agreement, distribution is as follows: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Keep the original in the child's file.</li><li>◆ Provide one copy to the adoptive family.</li><li>◆ Include one copy with the court report.</li></ul> For revisions, keep the original in the case record and give the copy to the adoptive family.
Data	The form identifies: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The type of agreement (presubsidy or subsidy).</li><li>◆ The parties to agreement (DHS and the adoptive parents).</li><li>◆ The characteristics of the special needs child.</li></ul>

**ADOPTION SUBSIDY AGREEMENT (CONTRATO DE SUBSIDIO POR ADOPCIÓN)**

<b>Tipo de contrato:</b>			
<input type="checkbox"/> Subsidio previo / pre-adopción <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Revisión IV-Elegible <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Subsidio <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Revisión IV-Elegible <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Partes del contrato:</b>			
<i>Iowa Department of Human Services</i>		<i>Padres adoptivos</i>	
Domicilio		Domicilio	
Teléfono		Teléfono	
<b>Para niños con necesidades especiales:</b>			
Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de colocación familiar	Fecha de adopción
Necesidades especiales cubiertas por el contrato. Tildar todas las opciones que correspondan.			
<input type="checkbox"/> Grupo de hermanos	<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional o de comportamiento	<input type="checkbox"/> Retraso mental	<input type="checkbox"/> Discapacidad física
<input type="checkbox"/> Mayor de 8 años (Caucásico)		<input type="checkbox"/> Minoría/biracial mayor de 2 años	
<b>Resumen de beneficios:</b>			
<input type="checkbox"/> Mantenimiento *	Pago de subsidio diario US \$	Monto diario por asignación especial US \$	Fecha de vigencia
<input type="checkbox"/> Asistencia médica	Elegibilidad <input type="checkbox"/> IV-E <input type="checkbox"/> No IV-E	Fecha de vigencia	
<input type="checkbox"/> Gastos no recurrentes	Honorarios letrados US\$	Costas judiciales US\$	
<input type="checkbox"/> Monto diario total de los pagos de subsidio US \$			
<input type="checkbox"/> Otros servicios especiales necesarios para el niño: ** (Especificar)			
* A los prestadores de servicios de salud que no pertenezcan a Medicaid (Programa de asistencia médica del gobierno) se les pagará conforme a las tarifas de Medicaid. * Los ingresos del niño no derivados de trabajo se restan del mantenimiento mensual. ** Se debe solicitar aprobación previa para cualquier servicio especial cuyo costo supere US \$500 por servicio o anualmente. Los servicios especiales quedan limitados a los servicios que figuran en 441 IAC 201.6(600).			

## CLÁUSULAS DEL CONTRATO

### A. **Objetivo**

El presente contrato se celebra con el objeto de facilitar la adopción legal del niño designado y para ayudar a la familia adoptiva a brindarle el cuidado que corresponde. Este contrato se mantendrá en vigor independientemente del estado en que residan los padres adoptivos.

### B. **Para los contratos iniciales**

Cada uno de los futuros padres adoptivos manifiestan su intención de adoptar al niño designado y expresan, además, que han firmado el presente documento antes de la finalización de la adopción con el fin de recibir un subsidio por adopción.

### C. **Pagos de mantenimiento**

Si así lo estipula el presente contrato, el monto del pago diario en efectivo (es decir, el subsidio de mantenimiento) se basa en la edad y las necesidades del niño y la situación de los padres adoptivos. El monto del pago se ha negociado entre los padres adoptivos y el Department of Human Services (en adelante, "Department"), llegándose a un mutuo acuerdo. Este monto no deberá exceder los pagos de mantenimiento máximos que el niño recibió en el cuidado de crianza.

Las actualizaciones en los pagos del subsidio podrán hacerse automáticamente para reflejar los cambios "generalizados" y los cambios de edad del niño.

### D. **Asistencia médica**

Las prestaciones médicas se harán efectivas a través de Medicaid. En caso de que el niño se traslade a otro estado y sea elegible conforme a IV-E, la asistencia médica será proporcionada por el estado de residencia del niño. En caso de que el niño se traslade a otro estado pero no sea elegible conforme a IV-E, la asistencia médica continuará siendo proporcionada por el estado de Iowa. Lo que antecede se ajusta a lo estipulado por la Ley General Consolidada de Conciliación de Presupuesto de alcance federal (P.L. 99-272).

El asistente del área de subsidios por adopción del Department of Human Services dará instrucciones a la familia sobre los procedimientos a seguir en Iowa o en cualquier otro estado para obtener asistencia médica. Antes de recurrir a los fondos del subsidio se utilizará el seguro médico familiar o los servicios que cubren las necesidades del niño sin costo para la familia.

### E. **Servicios especiales**

A la familia adoptiva se le reembolsarán los gastos de suministros, terapia, asesoramiento u otros servicios especiales permitidos que son necesarios en virtud de las necesidades especiales del niño pero no están cubiertos por Medicaid. También se podrá pagar dichos suministros o servicios directamente a los prestadores. No podrán utilizarse los fondos del subsidio para cubrir los servicios prestados a pacientes hospitalizados.

Antes de recurrir a los fondos del subsidio se utilizará el seguro familiar o los servicios que cubren las necesidades del niño sin costo alguno para la familia. Los servicios especiales cuyo costo supere la suma de US\$500 deben ser autorizados antes de hacerse efectivos, independientemente de si el niño reside dentro o fuera del estado de Iowa.

En el caso de que la familia resida en otro estado, los servicios especiales permitidos que el niño necesite serán provistos por el estado de Iowa, salvo que el estado de residencia del niño se hiciera cargo de ellos. Para poder acceder a los servicios especiales, la familia debe contactarse con el asistente de la agencia pública del estado de residencia y solicitarlos. En caso de que los servicios especiales no estuvieran disponibles para la familia en el estado de residencia, ésta se contactará con el asistente del área de subsidios por adopción del Department del estado de Iowa para obtener información sobre el procedimiento a seguir.

### F. **Responsabilidades de la familia**

Antes de recurrir a los fondos del subsidio, la familia contemplará y utilizará otros servicios que, sin ocasionarle un costo, le permitan cubrir las necesidades del niño, tales como programas del gobierno a nivel federal, estatal y local y programas de asistencia privada.

La familia incorporará al niño adoptado a su seguro privado de salud, salvo que su compañía de seguros no lo autorice.

La familia deberá presentar todos los comprobantes de pago, como por ejemplo, recibos por servicios especiales no médicos pagados directamente por la familia.

En caso de que el Department pague directamente a la familia el costo de servicios especiales, la familia deberá pagar a los prestadores de servicios (por ejemplo, abogados) los servicios en cuestión.

La familia podrá solicitar una revisión del contrato de subsidio toda vez que se produzca un cambio en la situación familiar o un cambio en las necesidades del niño.

La familia notificará al Department todo cambio de domicilio que se produzca dentro de los 30 días de producido. En caso de trasladarse a otro estado que no fuera Iowa, la familia deberá asesorarse sobre el procedimiento para solicitar asistencia médica y servicios especiales (si corresponde) en el nuevo estado de residencia.

Para el caso de una negociación de subsidio, la familia también deberá presentar una descripción por escrito de la situación familiar y una explicación que indique en qué medida satisfacer las necesidades especiales del niño afectaría la situación familiar.

En caso de que cese la responsabilidad legal de la familia respecto del mantenimiento del niño y que efectivamente el niño no esté recibiendo mantenimiento, la familia deberá notificar dicha circunstancia por escrito al Department de forma inmediata.

## G. Rescisión del Contrato

Los pagos del subsidio cesarán inmediatamente después de rescindido el presente contrato. La rescisión tendrá lugar en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- ◆ El niño cumple 18 años y no padece ninguna discapacidad física, mental, emocional o de comportamiento que justifique asistencia continua hasta alcanzar los 21 años.
- ◆ El niño contrae matrimonio.
- ◆ La familia adoptiva ya no utiliza los pagos de mantenimiento para mantener al niño.
- ◆ El niño o su familia adoptiva fallecen (padre o madre, según el caso, en familia de un único miembro o bien padre y madre en familia de dos miembros)
- ◆ Se cumplen los términos y condiciones de este contrato.
- ◆ La familia presenta una solicitud por escrito para la rescisión del contrato.
- ◆ Cesa la responsabilidad legal de la familia respecto de las necesidades del niño.

## I. Apelación

El Department enviará a la familia una Notificación de la Decisión sobre Adopción, 470-0745, la cual incluye un detalle de los derechos de apelación.

La familia podrá apelar la decisión del Department de disminuir, modificar o dar por concluida la asistencia por adopción de conformidad con las normas y procedimientos del proceso de apelación del Department. Se podrá obtener información sobre el proceso de apelación a través del asistente del área de subsidios por adopción del Department o del coordinador de apelaciones del Department.

<i>Firmado en representación del Department:</i>		<i>Firmado en representación de la familia:</i>	
Asistente del área Adopción	Fecha	Madre	Fecha
Service Area Administrator	Fecha	Padre	Fecha
Fecha de vigencia del contrato		Fecha contrato firmado otorgado a la familia	

- ◆ A summary of the benefits agreed to:
  - If the family is to receive a monthly maintenance subsidy or a special maintenance allowance for the child, check the box and fill in the amount and the effective date.
  - Check the box for medical assistance and either the IV-E or non-IV-E box and fill in the effective date.
  - State the nonrecurring expenses and the cost for each item, or the estimated cost.
  - If the child is to receive special services, state the reason and the service needed by the child.

Each agreement must be signed and dated by the adoptive parents, the adoption worker, and the service area manager. Insert the date that a copy of the agreement was provided to the adoptive family.

**Adoption Subsidy Special Needs Professional Documentation, Form 470-4312**

Purpose	The <i>Adoption Subsidy Special Needs Professional Documentation</i> form serves as a tool to document a child's special needs for eligibility for adoption subsidy and IV-E finding.
Source	Print supplies of this form from the sample in the manual.
Completion	The adoption worker shall send the form to the medical, mental health, or mental retardation professional. The professional shall complete the form before the date of the court hearing to finalize the adoption of the child.  Do not enter the adoption subsidy rate into FACS until receipt of the adoption court order.
Distribution	Keep the original in the child's case file. A copy may be provided to the resource family upon their request.
Data	When sending the form, provide all available information about the child for use by the professional person for a thorough assessment of the child. This may include evaluations, school reports, provider reports, and home studies, as well as input from parents and the resource family.

**[AdoptUsKids Website Waiver, Form 470-4155](#)**

Purpose	In some instances, it may be in the child's best interests to recruit only adoptive families who reside in Iowa. In those cases, Iowa KidsNet would not want to list the child on AdoptUsKids national photolisting web site. Form 470-4155 documents this request.
Source	Complete this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.
Completion	The child's adoption worker completes two copies of this form ONLY when the worker does not want Iowa KidsNet to register a child or sibling group on AdoptUsKids national photolisting web site. The child's guardian signs and dates the completed forms. A waiver form must be completed and signed for each child in a sibling group.
Distribution	Send completed waiver forms via fax or mail to:  Iowa KidsNet Attn: Della Degner 3125 Cottage Grove Avenue Des Moines, IA 50311 <a href="mailto:ddegner@iowakidsnet.com">ddegner@iowakidsnet.com</a> Fax: 515-271-7450 Phone: 515-271-7399  Place one copy of the <i>AdoptUsKids Website Waiver</i> in the child's case record.
Data	This form requests a reason for not considering out-of-state families and requires a guardian signature.

**Agreement and Consent for School Activities, Form 470-4538**

Purpose	The <i>Agreement and Consent for School Activities</i> is an agreement between the foster child's parent and the foster parents to allow the foster child to participate in school activities such as field trips, sports, dances, etc.
Source	Print the form from the sample in the manual and complete it by hand.
Completion	<p>The caseworker shall facilitate the <i>Agreement and Consent for School Activities</i> for completion by the foster parents and at least one of the foster child's parents.</p> <p>The caseworker or the foster parent can fill in the foster child's name and item 1.</p> <p>Then give the form to the foster child's parent to fill in item 2, if applicable, sign, and return to the resource parents for their signature. The consent date is the date the foster child's parent signs the agreement.</p> <p>The foster parents then sign the form and provide the completed form to the caseworker.</p> <p>Complete a new <i>Agreement and Consent for School Activities</i> if there is a school activity not listed in the original consent or if the date of the consent has expired.</p>
Distribution	Keep the original form in the child's case file. Provide a copy to the foster parents and the foster child's parent.
Data	The parent may consent or deny consent for the child's participation in specific activities.

## Agreement and Consent for School Activities

### Agreement

This agreement and consent is between the foster child's parent and resource parents who mutually agree and consent, each in consideration for the promises of the other, as follows:

\_\_\_\_\_, as a party to this agreement acknowledges  
parent

responsibility and agrees with the resource parents signing this consent to:

1. Allow my child \_\_\_\_\_ to participate in the following school activities:

\_\_\_\_\_

2. As the child's parent, I am not in agreement to consent to the following school activities:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Consent

In consideration of the foregoing agreements, I hereby consent, except as noted in item 2 above, for my child to participate in school activities listed in item 1 above.

I hereby certify that I have read, or have had read to me, and fully understand the contents of the above agreements and the reasons why consent to same has been requested and is granted.

This consent is valid until \_\_\_\_\_.

I understand that I have the right to change or withdraw this consent at any time.

Parent (or Legally Authorized Representative)

Date

I agree to comply with the parent's consent for their child's participation in school activities.

Resource Parent

Date

Resource Parent

Date

## AGREEMENT OF PLACEMENT FOR ADOPTION

### I

This agreement is between \_\_\_\_\_, adoptive parents, and the Iowa Department of Human Services concerning placement of \_\_\_\_\_, born \_\_\_\_\_, for adoption. This agreement is effective \_\_\_\_\_, and continues in force until the adoption is finalized and guardianship is transferred to \_\_\_\_\_.

### II

The general conditions of this agreement are:

1. Adoption means a legal and social process through which a child becomes a member of a family into which the child was not born. Adoption provides the child the same rights, privileges and duties as a birth child.
2. Preadoptive care means the provision of parental nurturing on a full-time basis to a child by a person who has an *Agreement of Placement for Adoption* for the purpose of proceeding with a legal adoption of the child in accordance with Iowa Code Section 232.2(42A).
3. Until the adoption is finalized, the Iowa Department of Human Services is the guardian of the child and has the rights, privileges, duties and responsibilities given to the guardian by Iowa Code Sections 232.2(10), 232.2(18), 600A.2(7), and 600A.2(8). Legal guardianship is transferred to the adoptive parents upon finalization of the adoption.
4. Adoptive parents will be advised of special medical or mental health conditions or any other special conditions affecting the child, including risk factors for or diagnosis of HIV infection.
5. The cost of medical care for the child is the responsibility of the adoptive parents unless the placement is in anticipation of a subsidized adoption. When subsidy is anticipated, the cost of medical care is a shared responsibility of the Iowa Department of Human Services and the family.

### III

**Please sign after this section to indicate your agreement to comply with these requirements.**

agree:

1. To accept adoptive placement and to provide parental nurturing which includes, but is not limited to, food, housing, clothing, recreational activities, education, training, treatment, and additional needs of the child.
2. Not to transfer care or custody of the child to anyone else without written consent of the Iowa Department of Human Services.
3. To notify \_\_\_\_\_ of any changes, i.e., address, employment, marital status, death or birth, etc., in the household immediately.
4. To hold confidential all information received from the Department regarding the child and the child's birth family.
5. To arrange for the child to receive routine medical and dental care.

6. To obtain consent from the Department when medical authorization is required. further agree not to release HIV status without authorization from the Department.
7. Provide permission for the child to participate in routine recreational and school activities.
8. To obtain consent from the Department to travel out-of-state with the child.
9. To give the Department advance written notification of a request to remove the child from home, except in an emergency.
10. To work together with the Department and other professionals involved in the child’s case plan if it is determined that the child will need to be removed from care.
11. To initiate legal procedures for adoption when the adoption is recommended by the child’s guardian, the Iowa Department of Human Services.

Signature – Adoptive Parent	Date
Signature – Adoptive Parent	Date

Signature – Adoption Worker – Placing Region	Date	Service Area
Signature – Service Area Manager or Designee		Date

**IV**

**This section is only applicable when an adoptive placement is made while the termination of parental rights (TPR) order is being appealed.**

have been adequately informed by the Iowa Department of Human Services about the following issues regarding :

1. On , the parental rights were terminated.
2. understand that the birth parents have appealed the termination of parental rights order.
3. understand that until either the appeal is withdrawn or a final decision regarding the appeal is reached and a procedendo is issued, the adoption cannot be finalized.
4. understand it is possible that the child may be returned to birth parents if the termination of parental rights order is overturned.
5. After being informed of the legal implications involved in accepting this adoptive placement while the termination of parental rights order is under appeal, consent to the placement of in home. If and when the procedendo is signed regarding this appeal, will begin adoption finalization proceedings.

Signature – Adoptive Parent	Date
Signature – Adoptive Parent	Date

Signature – Adoption Worker – Placing Region	Date	Service Area
Signature – Service Area Manager or Designee	Date	

Termination of Parental Rights Appellate Decision:

Upheld

Overturned

\_\_\_\_\_ (Date)

**SPECIAL PROVISIONS**

DHS Case Worker Name	Phone Number
DHS Supervisor Name	Phone Number
Other Emergency Contact Names	Phone Numbers

**AGREEMENT OF PLACEMENT FOR ADOPTION  
(ACUERDO DE UBICACIÓN PARA ADOPCIÓN)**

**I**

Este acuerdo es entre \_\_\_\_\_, padres adoptivos y el Iowa Department of Human Services en relación con la ubicación del menor \_\_\_\_\_, nacido \_\_\_\_\_, para su adopción. Este contrato entra en vigencia el \_\_\_\_\_, y sigue en vigor hasta que termine la adopción y la guardianía sea transferida a \_\_\_\_\_.

**II**

Las condiciones generales de este contrato son:

1. Adopción significa un proceso legal y social mediante el cual un menor se convierte en parte de una familia en la cual no ha nacido. La adopción brinda al menor los mismos derechos, privilegios y deberes que un hijo biológico.
2. El cuidado pre-adoptivo significa el suministro de cuidados paternales de tiempo completo a un niño por una persona que tiene un *Acuerdo de Ubicación para Adopción* para efectos de proceder con la adopción legal del menor, de acuerdo con Iowa Code Section 232.2(42A).
3. Hasta que la adopción termine, el Iowa Department of Human Services es el guardián del menor, y tiene los derechos, privilegios, deberes y responsabilidades otorgados al guardián por el Código de Iowa, Secciones 232.2(10), 232.2(18), 600A.2(7), y 600A.2(8). La guardianía legal se transfiere a los padres adoptivos a la terminación de la adopción.
4. Se notificará a los padres adoptivos acerca de cualquier situación médica especial o de salud mental del niño, o cualquier otra condición especial incluyendo factores de riesgo o diagnóstico de infección por VIH.
5. El costo de la atención médica del niño es responsabilidad de los padres adoptivos a menos que la ubicación se haga anticipadamente a una adopción subsidiada. Cuando se anticipa un subsidio, el costo de la atención en salud es responsabilidad compartida entre el Iowa Department of Human Services y la familia.

**III**

**Por favor firme después de esta sección para indicar su aceptación de cumplimiento con estos requisitos.**

acordamos:

1. Aceptar la ubicación de adopción y brindar cuidados paternales que incluyen, pero no se limitan a, alimentos, vivienda, vestuario, actividades recreativas, educación, capacitación, tratamiento y otras necesidades del menor.
2. No transferir el cuidado o custodia del menor a nadie sin consentimiento escrito del Iowa Department of Human Services.
3. Notificar a \_\_\_\_\_ sobre cambios de dirección, empleo, estado civil, muerte, nacimiento, etc., que sucedan en el hogar, inmediatamente.
4. Mantener la confidencialidad de toda la información recibida del Departamento en relación con los niños y su familia biológica.
5. Hacer que el menor reciba atención médica y dental de rutina.

6. Obtener el consentimiento del Departamento cuando se requiera autorización médica. también acordamos no revelar el estatus de VIH sin autorización del Departamento.
7. Otorgar permiso para que el menor participe en actividades recreativas y escolares de rutina.
8. Obtener consentimiento del Departamento para viajar fuera del estado con el menor.
9. Dar aviso escrito al Departamento sobre una solicitud para mover al menor de hogar, excepto en caso de emergencia.
10. Trabajar con el Departamento y otros profesionales involucrados en el plan del caso del menor si se determina que éste será retirado de cuidado.
11. Iniciar procedimientos legales de adopción cuando ésta se recomiende por el guardián del menor, el Iowa Department of Human Services.

Firma – padres adoptivos	Fecha
Firma – padres adoptivos	Fecha

Firma – trabajador de adopción – región de ubicación	Fecha	Área de Servicio
Firma – encargado o delegado del área de servicio	Fecha	

#### IV

**Esta sección solo aplica cuando la ubicación adoptiva se haga mientras la orden de terminación de derechos paternos (TPR) es apelada.**

hemos sido adecuadamente informados por el Iowa Department of Human Services acerca de los siguientes asuntos en relación con \_\_\_\_\_ :

1. El \_\_\_\_\_, se terminaron los derechos paternos.
2. \_\_\_\_\_ entendemos que los padres biológicos han apelado la orden de terminación de derechos paternos.
3. \_\_\_\_\_ entendemos que hasta que la apelación sea retirada o se llegue a una decisión final sobre la apelación y se emita una orden de procedimiento, la adopción no puede ser finalizada.
4. \_\_\_\_\_ entendemos que es posible que el menor sea regresado a sus padres biológicos si se revierte la terminación de derechos paternos.
5. Después de ser informados sobre las implicaciones legales involucradas en la aceptación de esta ubicación adoptiva mientras la orden de terminación de derechos paternos está siendo apelada, yo/nosotros consentimos la ubicación de \_\_\_\_\_, consentimos la ubicación de \_\_\_\_\_ en hogar. Y cuando la orden de procedimiento en relación con esta apelación se firme, \_\_\_\_\_ empezaré(mos) los procedimientos de finalización de la adopción.

Firma – padres adoptivos	Fecha
Firma – padres adoptivos	Fecha

Firma – trabajador de adopción – región de ubicación	Fecha	Área de Servicio
Firma – encargado o delegado del área de servicio	Fecha	

Decisión de apelación de terminación de los derechos paternos (TPR):

Confirmada       Reversada

\_\_\_\_\_ (Fecha)

**PROVISIONES ESPECIALES**

Nombre del trabajador del caso de DHS	Número de teléfono
Nombre de supervisor del DHS	Número de teléfono
Otros nombres de contacto de emergencia	Número de teléfono

**Agreement of Placement for Adoption, Form 470-0761 and 470-0761(S)**

Purpose	The purpose of forms 470-0761 and 470-0761(S) is to set the conditions under which a child is placed in an adoptive home.
Source	DHS workers can complete either the English or the Spanish version of this form on line using the templates in the public state-approved adoption forms folder on Outlook.
Completion	<p>The child's worker prepares an original and one copy of the <i>Agreement of Placement for Adoption</i> on the day of placement.</p> <p>The form requires the signature of each adoptive parent. Since guardianship is with the Department of Human Services, the adoption worker and the service area manager or designee from the receiving service area also sign the form.</p> <p>When an adoptive placement is made while the termination of the birth parents' parental rights is under appeal, complete section IV and fully explain the implications of this situation to the adoptive family.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Emphasize the fact that the adoption cannot be finalized until the appellate decision is made.</li><li>◆ Explain that there is a possibility that the child could be removed from care in the adoptive home if the termination decision is overturned on appeal.</li></ul>
Distribution	Give one copy to the adoptive parents, put one copy in the child's adoption file, and put one copy in the adoptive parent's file.
Data	<p>Indicate that the family will pay the cost of medical care for the child unless the placement is in anticipation of a subsidized adoption. When subsidy is anticipated, indicate that the cost is a shared responsibility of the Department and the family.</p> <p>If termination of parental rights is under appeal at the time of placement, when you receive a copy of the procedendo, enter the appellate decision and date at the bottom of the form, and inform the adoptive family of the decision.</p>

**Agreement to Future Adoption Subsidy, Form 470-0762 and 470-0762(S)**

Purpose	Form 470-0762 or 470-0762(S) serves as a contract between the Department and the adoptive family, in place of an <i>Adoption Subsidy Agreement</i> , form 470-0749, for subsidy cases that are initially inactive.
Source	DHS workers can complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved adoption forms folder on Outlook.  Print the Spanish version of the form from the sample in the manual.
Completion	The adoption worker prepares this form before the final adoption hearing. When several children are placed together, complete an <i>Agreement to Future Adoption Subsidy</i> for each child.
Distribution	When completed and signed by the adoption worker and service area manager, send the form to the adoptive family for signature (if the form was not completed with the adoptive family present).  Include the original form in the final court report. Make three copies. Give one to the adoptive family, put one in the family's inactive file, and put one in the child's file.
Data	The form identifies the special needs child and the adoptive family.

**AGREEMENT TO FUTURE ADOPTION SUBSIDY  
(ACUERDO PARA SUBSIDIO FUTURO DE ADOPCIÓN)**

Niño con necesidades especiales:
Padres adoptivos:
Dirección:
Número de teléfono

A fin de suplir las necesidades especiales de los niños mencionados arriba, el Iowa Department of Human Services y los padres adoptivos acuerdan lo siguiente:

1.   ◆ Los menores identificados arriba cumplen con la definición de necesidades especiales según lo determina el Departamento y son elegibles para el Programa de Adopción subsidiado, o
  - ◆ Los menores identificados arriba están en riesgo de tener necesidades especiales y la familia puede necesitar un subsidio para suplir sus necesidades especiales futuras.
2. Las circunstancias e los niños y de la familia adoptiva no requieren un subsidio en este momento. Sin embargo puede necesitarse asistencia en el futuro para suplir sus necesidades especiales.
3. El Departamento aceptará solicitudes futuras para subsidio de adopción y brindará asistencia de acuerdo con las políticas y procedimientos del Programa de Subsidio de Adopción.

Trabajador de adopción	Fecha
Administrador del área	Fecha
Padre adoptivo	Fecha
Padre adoptivo	Fecha

## APPLICATION FOR SUBSIDY (SOLICITUD DE SUBSIDIO)

**Tipo de solicitud:**     Presubsidio             Subsidio

**Tipo de subsidio:**     Mantenimiento     Servicios especiales     Mantenimiento y servicios especiales

Yo por el presente solicito un subsidio para el cuidado de:

Nombres

Fechas de nacimiento

Yo no puedo adoptar a este niño sin un subsidio de adopción.

Yo comprometo a incluir al niño en mi cobertura de seguro privado de salud, salvo que me lo prohibiera mi compañía de seguros.

Cuando solicite un subsidio de mantenimiento, yo notificaré al Iowa Department of Human Services sobre cualquier cambio en mi situación familiar que pudiera afectar la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades especiales del niño.

Yo entiendo yo que debo suministrar la siguiente información para negociar un subsidio que me permita satisfacer las necesidades del niño.

Nombre y domicilio de la compañía de seguro privado de salud		Marcar las areas de cobertura <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontología	
Descripción de las necesidades del niño y de la capacidad de la familia para satisfacer dichas necesidades (Adjuntar planillas adicionales en caso de ser necesario)			
Ingresos del niño no obtenidos mediante trabajo  \$ _____ (Attach verification)	Monto de subsidio que se necesita para atender las necesidades especiales de los niños  \$ _____	Cantidad de personas en la familia con causas por impuestos	
Firma de la madre adoptiva	Fecha	Firma del padre adoptivo	Fecha
Domicilio		Número de teléfono (    )	

**AL SOLICITANTE**

El Departamento le suministrará un formulario 470-0745 de Notificación de la Decisión de Adopción (Adoption Notice of Decision) mediante el cual se le informará la acción tomada respecto de su solicitud.

Empleado de Adopción del DHS	Fecha de recibo
------------------------------	-----------------

**Application for Subsidy, Form 470-0744 and 470-0744(S)**

Purpose	Form 470-0744 or 470-0744(S) is used to apply for an adoption presubsidy or subsidy.
Source	Complete the English or Spanish version of this form on line using the templates in the public state-approved forms folder on Outlook.
Completion	<p>For presubsidy, the application may be completed at any time during the adoptive placement of the child, but before finalization of the adoption. No presubsidy payments can be made before the date of application.</p> <p>For subsidy, complete the application before the hearing to finalize the adoption.</p> <p>The adoptive family signs the form. The adoption worker signs the bottom portion to record receipt of the application.</p>
Distribution	Make a copy for the family after signing the bottom half. Keep the original in the child's subsidy case record.
Data	<p>For a presubsidy application, use the child's birth name.</p> <p>For a subsidy application, use the child's adoptive name.</p>

**Authorization for Release of Child Abuse Information, Form 470-3301 and 470-3301(S)**

Purpose	<p>Form 470-3301 or 470-3301(S) is used to:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ To identify the requester of child abuse information in order to respond to the request.</li><li>◆ To identify the person whose records are being requested in order to complete a child abuse record check.</li><li>◆ To document the person's written authorization to release child abuse information about that person.</li><li>◆ To record the dissemination of information.</li></ul>
Source	<p>Print or photocopy supplies of the English or Spanish version of this form from the samples in the manual.</p>
Completion	<p>Any person wishing to obtain authorization to access child abuse information may initiate the form. A separate form must be completed for each person whose information is being requested and must be signed by that person to document the written authorization.</p> <p>The person requesting the child abuse information completes Part A of the form.</p> <p>The person whose records are to be checked completes Part B to authorize the release of information.</p> <p>The information to be released to the requester is whether the individual checked is named as having abused a child on the Central Abuse Registry. Central Abuse Registry staff completes the Registry check.</p>
Distribution	<p>Send the form to the Central Registry at: Central Abuse Registry, Iowa Department of Human Services, 1305 E Walnut Street, Fifth Floor, Des Moines, Iowa 50319-0114. The Registry sends a completed copy to the requester.</p> <p>The Registry retains a photocopy to record the dissemination of information.</p>

Data

Part A identifies the requester, the purpose of the request, and the person who is the subject of the request.

Part B of the form contains the authorization for the Registry to release the requested information.

Central Registry staff complete Part C of the form to record the result of the request

**Authorization to Release HIV-Related Information, Form 470-3225 and 470-3225(S)**

Purpose	Form 470-3225 or 470-3225(S) is used to document a release of HIV-related information from the child or the child's parent or guardian. This is a specific release for DHS to share HIV-related information with those needing this information to provide care and treatment for the child.
Source	The English version of this form may be generated on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook or may be printed from the sample in the manual.  Print or photocopy supplies of the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	This form must be signed before the Department releases specific information about HIV.  Having received the parent or guardian's permission does not waive the Department's responsibility to limit the access to those specific health care providers, school personnel, and others who have a "need to know" in order to plan and to deliver services and treatment.
Distribution	Make two copies of the signed form. File the original in the case record and give a copy to the parent or guardian.
Data	The person giving authorization checks the authorized recipients of the information.

**AUTHORIZATION TO RELEASE HIV-RELATED INFORMATION**  
**(AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH)**

---

Este formulario deberá usarse para divulgar información relacionada con el VIH.

Otorgo al Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos) autorización para divulgar información confidencial sobre \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, a los siguientes:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proveedor(es) de atención sustituta donde el menor esté ubicado | <input type="checkbox"/> Personal escolar |
| <input type="checkbox"/> El profesional de la salud que brinde atención al menor         | <input type="checkbox"/> IFMC             |
| <input type="checkbox"/> Proveedor en época de descanso                                  | <input type="checkbox"/> Otros _____      |

La información sobre VIH únicamente será divulgada a aquellas personas que tienen necesidad de saber a fin de planear y brindar los servicios y tratamientos al menor mencionado arriba.

La divulgación expira automáticamente en el momento de la terminación de servicios para el menor.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de nombres de aquellos a quien se ha divulgado información a menos que el suministro de dicha información esté prohibido por la ley u orden judicial.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita al Department of Human Services. Entiendo que cualquier divulgación hecha antes de mi revocatoria estaba basada en esta autorización y no constituirá violación de mis derechos de confidencialidad.

_____ Padre o guardián	_____ Fecha
_____ Menor	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha

**BACKGROUND REPORT PART 1  
(INFORME DE ANTECEDENTES - PARTE 1)**

Trabajador	Agencia	Fecha
------------	---------	-------

**I. NIÑO**

Nombre

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Discapacidad

Fecha del Título IV-E Elegibilidad

Seguridad social #

Religión

Fecha de elegibilidad del SSI (Seguridad de ingreso suplementario)

Sexo

Raza

**II. DESCRIPCIÓN DEL NIÑO**

Fortalezas y necesidades		
Descripción general de la personalidad del niño		
Comportamiento/Relación con sus compañeros		
Intereses recreativos y hobbies		
Consideraciones de ubicación		
Nombre/Domicilio de la escuela actual		
Grado	Peso AEA	Tipo de aula

**III. ANTECEDENTES DE SALUD Y DESARROLLO**

Diagnóstico del médico que atiende al niño

Diagnóstico del psiquiatra que atiende al niño

¿Tiene al día todas las vacunas?

¿Tiene al día todas las vacunas?

Médico actual del niño – Domicilio - Teléfono

Odontólogo actual del niño – Domicilio - Teléfono

Otros médicos, domicilios, teléfonos

DESARROLLO	EDAD	DESARROLLO	EDAD	DESARROLLO	EDAD
Se alimentó sin ayuda		Se movió rodando		Se sentó sin ayuda	
Caminó		Controló esfínteres		Se vistió sin ayuda	

¿Problemas de alimentación?

¿Problemas para dormir?

¿Retrasos en el desarrollo?

## BACKGROUND REPORT PART 1 (INFORME DE ANTECEDENTES - PARTE 1)

Enfermedades anteriores: Marque con tilde si corresponde o indique la fecha si la conoce

Rubeola (sarampión de 7-días):

Rubeola (sarampión alemán):

Varicela:

Tos convulsa:

Paperas:

Alergias/Reacciones a medicamentos:

Ataques de apoplejía:

Accidentes/Fracturas:

Enfermedades/Lesiones graves:

Hospitalizaciones:

Envenenamiento:

Otros comentarios:

#### IV. ANTECEDENTES PRENATALES DEL NIÑO Solicite al hospital donde nació el niño los registros médicos de su nacimiento y adjúntelos a este formulario. Para algunos niños con necesidades especiales posiblemente sea necesario adjuntar, además, su historia clínica y los informes médicos.

Hospital donde nació el niño/Domicilio

¿A término?

¿Prematuro?

Mes/Año en que comenzó el cuidado prenatal

Frecuencia

¿Tomó la madre medicamentos, con o sin receta, durante el embarazo?

En caso afirmativo, consignar los medicamentos, la frecuencia con que fueron administrados y la cantidad

¿Consumió la madre alcohol o tabaco durante el embarazo?

En caso afirmativo, indicar la frecuencia y la cantidad

Problemas de salud durante el embarazo (por ej., diabetes, toxemia, presión sanguínea alta)

¿Debió la madre ser hospitalizada durante el embarazo?

#### V. ANTECEDENTES DE LOS PADRES

Padre

Madre

Fecha de nacimiento

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Lugar de nacimiento

Número de Seguridad Social

Número de Seguridad Social

Domicilio

Domicilio

Raza

Raza

Raza

Religion

BACKGROUND REPORT PART 1 (INFORME DE ANTECEDENTES - PARTE 1)

V. PARENT HISTORY (continued)

Padre (cont.)		Madre (cont.)	
Nacionalidad		Nacionalidad	
Talla	Peso	Talla	Peso
Color de ojos	Color de cabello	Color de ojos	Color de cabello
Comunidad (en caso de ser americano nativo)		Comunidad (en caso de ser americano nativo)	
Estado civil en relación con el padre del niño		Estado civil en relación con el padre del niño	
Matrimonios/Parejas anteriores		Matrimonios/Parejas anteriores	
Último grado completado		Último grado completado	
¿Diploma de la escuela secundaria o GED (diploma de equivalencia general)?		¿Diploma de la escuela secundaria o GED (diploma de equivalencia general)?	
Empleador actual		Empleador actual	
Domicilio del empleador		Domicilio del empleador	
¿Cuanto hace que tiene este empleo?		¿Cuanto hace que tiene este empleo?	
Tipo de trabajo		Tipo de trabajo	
Horas normales de trabajo		Horas normales de trabajo	
¿Servicio militar?		¿Servicio militar?	
Cantidad de arrestos		Cantidad de arrestos	
Consignar las condenas por delitos (Describir los fallos)		Consignar las condenas por delitos (Describir los fallos)	

VI. FAMILIA DEL NIÑO: Consignar hermanos, hermanas, abuelos, tías y tíos.

Nombre	Fecha de nacimiento	Vínculo	Domicilio	Teléfono

BACKGROUND REPORT PART 1 (INFORME DE ANTECEDENTES - PARTE 1)

VII. ANTECEDENTES DE SALUD DE LA FAMILIA BIOLÓGICA

Marque con tilde (✓) las áreas que correspondan e indique el vínculo existente entre la persona que padece el problema y el niño (padre, madre, abuela materna, tío paterno etc.).

ENFERMEDAD	✓	RELACIÓN	ENFERMEDAD	✓	RELACIÓN
Tuberculosis			Trastornos en la sangre		
Fibrosis quística			Fiebre reumática		
Alergias			Cáncer		
Asma			Riñones		
Artritis			arálisis coronaria		
Epilepsia			Hipertensión		
Corea de Huntington			Accidente cerebrovascular		
Distrofia muscular			Diabetes		
arálisis cerebral			HIV/SIDA		
Defecto de nacimiento			Embarazo/Parto		

ANTECEDENTES DE LOS PADRES EN EL CONSUMO DE DROGRAS.	✓	RELACIÓN	ANTECEDENTES DE LOS PADRES EN EL CONSUMO DE DROGRAS.	✓	RELACIÓN
Alcohol			Metanfetamina		
Marihuana			Heroína		
Cocaína			Tabaco		

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES DE LOS PADRES	✓	RELACIÓN	ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES DE LOS PADRES	✓	RELACIÓN
Depresión			Trastornos de personalidad		
Esquizofrenia			Trastorno bipolar		
Trastorno por déficit de atención			Drogadicción		

Tanto la madre como el padre del niño deben completar los siguientes datos. Utilice páginas adicionales si fuera necesario.

Describa su relación con sus padres cuando era niño. ¿Experimentó situaciones de descuido, abuso? ¿Fue colocado fuera de su hogar?

Madre:

Padre:

¿Cómo describiría su personalidad, talentos especiales, fortalezas y necesidades?

Madre

Padre:

BACKGROUND REPORT PART 1 (INFORME DE ANTECEDENTES - PARTE 1)

Describa su relación con sus hijos y qué métodos disciplinarios utiliza

Madre:

Padre:

Indique las personas que completaron el formulario o aportaron información

**Background Report Part 1, Form 470-3615 and 470-3615(S)**

Purpose	Form 470-3615 or 470-3615(S) provides a specific guide for completing the written background report required for each child in foster care.
Source	Print or photocopy the English or Spanish version of this form from the samples in the manual.
Completion	<p>The child's foster care worker shall complete the <i>Background Report Part 1</i> within 60 days of the date the child enters foster care or kinship placement.</p> <p>When termination of parental rights is issued, give an updated copy of <i>Background Report Part 1</i>, form 470-3615, to the worker responsible for completing <i>Background Report Part 2</i> (if different than the child's current worker).</p>
Distribution	<p>Keep one copy in the child's case record. A copy of the child's hospital birth records should be attached to the background report.</p> <p>Give a copy to the child's foster parents, relatives, and foster care agency provider along with a copy of the child's case permanency plan. NOTE: After termination of parental rights, a copy shall be included in the child's adoption and guardianship file.</p>
Data	<p>The child's parents, relatives, and foster parents should be consulted to obtain information needed to complete the background report.</p> <p>When completing section VII, if the parent is unavailable or refuses to provide information, the worker shall complete as much as possible, using available information.</p> <p>AIDS/HIV information may be shared <b>only with written permission</b> of the child's parent or guardian or by order of the court.</p>

**Background Report Part 2, Form 470-3698 and 470-3698(S)**

Purpose	Form 470-3698 or 470-3689(S) provides a specific guide for completing the written background report for each child whose parental rights have been terminated.
Source	Print or photocopy the English or Spanish version of this form from the samples in the manual.
Completion	<p>Within 30 days after the child's termination of parental rights order is issued, <i>Background Report Part 2</i> shall be completed by the child's foster care worker, placement worker, or adoptive worker, as determined by service area protocol.</p> <p>Get an updated copy of <i>Background Report Part 1</i> if the worker responsible for completing form 470-3698 is different from the past worker. (Remember to update FACS on the termination as well, to notify the Foster Care Recovery Unit.)</p> <p>Update <i>Background Report Part 2</i> annually for children with termination of parental rights who have not been placed for adoption.</p> <p>NOTE: <i>Background Report Part 1</i> and <i>Background Report Part 2</i> may be purchased as an "adoption preplacement service."</p>
Distribution	Keep one copy in the child's adoption record and guardianship file. Also give a copy to the child's foster parents, foster care provider agency, and prospective adoptive parents along with a copy of the child's case permanency plan.
Data	<p>Attachments to the background report shall include:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Hospital birth records</li><li>◆ A current photo of the child</li><li>◆ Current case plan</li><li>◆ Immunization record</li><li>◆ Current physical, psychiatric, psychological, school, and provider reports</li></ul>

**BACKGROUND REPORT PART 2  
(INFORME DE ANTECEDENTES PARTE 2)**

(Se debe adjuntar la Parte 1 actualizada)

Trabajador	
Agencia	Fecha

Nombre del niño	Domicilio
-----------------	-----------

**I. DISPONIBILIDAD LEGAL**

Fecha de la orden de terminación de los derechos de los padres	Estado de la apelación
--	------------------------

**Complete los siguientes datos mediante una exposición narrativa. Sea específico y suministre ejemplos.** El propósito del Informe de Antecedentes es permitirle a la familia adoptiva potencial llegar a una comprensión profunda del niño. Las áreas listadas a continuación son estándares mínimos para ser incluidos en la Parte 2. Algunos niños posiblemente presenten desafíos particulares que exijan un mayor aporte de información.

**II. DESCRIPCIÓN DEL NIÑO**

**FORTALEZAS**

Intereses del niño: ¿Qué actividades o pasatiempos le gustan al niño?

Habilidades de relación: Describa de qué manera el niño se relaciona con otros niños; figura materna y paterna y otros adultos. Resuma las habilidades de relación del niño.

Capacidades: Intelectuales, de desempeño académico, escolares, atléticas, etc.

**NECESIDADES**

Comportamientos problemáticos e impacto sobre la necesidad de estructuras e intervención de los padres.

Incluya todo asunto particular respecto de :

◆ La seguridad de este niño o el impacto que tiene el comportamiento de este niño sobre la seguridad de otros niños.

◆ Agresión a otras personas o bienes.

Temores/Terrores nocturnos.

Situación educativa y necesidades escolares especiales.

Retrasos en el desarrollo y potencial para sobreponerse a ellos.

Situación médica: Diagnósticos, medicamentos y cuidados especiales de la salud que se necesitan.

Servicios: Servicios médicos, de terapia u otros.

**III. NECESIDADES DE COLOCACIÓN FAMILIAR**

**PREFERENCIAS DE UBICACIÓN**

Preferencias geográficas: Zonas rurales o urbanas; proximidad de los servicios para satisfacer todas las necesidades de servicios médicos, escolares y psicológicos del niño.

Necesidad de mantener el contacto con sus hermanos.

Distancia respecto de la familia biológica.

BACKGROUND REPORT PART 2  
(INFORME DE ANTECEDENTES PARTE 2)

ESTRUCTURA FAMILIAR

Familia compuesta por uno solo de los padres o por ambos padres.

Niños en el hogar: Cantidad, rango de edades y sexos.

Rasgos de los padres, incluidas las técnicas disciplinarias.

RELIGIÓN

Preferencia del niño o iglesia a la que asiste

ANTECEDENTES CULTURALES

Cultura de origen y exposición a otras culturas

IV. ANTECEDENTES DE COLOCACIÓN EN HOGARES DE GUARDA

RETIRO DEL HOGAR

Razones para efectuar el retiro del niño del hogar de los padres.

Servicios ofrecidos para evitar la colocación en hogares de guarda y la terminación de los derechos de los padres.

Dinámica y funcionamiento familiar, que incluye abuso o descuido generacional y adicción a las drogas por parte de los padres.

COLOCACIÓN EN HOGARES DE GUARDA

Plan para el caso actual: Adjuntar un plan para el caso actual que incluya los nombres y las direcciones de todos los hogares donde el menor fue asignado en guarda.

Cambios en las colocaciones: Tratar los motivos por los cuales deben realizarse cambios (necesidad de un mayor nivel de cuidado, perpetración sobre otros niños, etc.)

Colocación actual: tipo y composición familiar:

- ◆ Adaptación inicial respecto de esta colocación, con descripción del modo en que el niño se mueve y comportamientos que pueden esperarse.
- ◆ Rutina diaria en este hogar.
- ◆ Mascotas.
- ◆ Necesidad de contacto continuo con esta colocación.

V. PREPARACIÓN PARA LA ADOPCIÓN

EVALUACIÓN DE APEGO

Diagnóstico y tratamiento.

Relación con los padres biológicos y los padres de crianza como indicador de la capacidad para lograr apego.

Capacidad para aceptar afecto.

Capacidad para compartir e identificar sentimientos.

Capacidad para aceptar las consecuencias de las acciones/responsabilidad personal por comportamiento.

Capacidad para ver situaciones de causa y efecto, empatía con otras personas, expresiones de remordimiento o culpa, competencia para recibir atención.

PREPARACIÓN

Explicación dada al niño por la terminación de los derechos de sus padres y la adopción. Comprensión del niño de la situación de terminación de los derechos de sus padres y sentimientos actuales del niño respecto de sus padres biológicos y otros parientes importantes.

Visita de despedida a los padres: ¿Tuvo lugar una visita? De ser así, descríbala. En caso contrario, explique los motivos.

Libro de la vida: El libro de la vida del niño debe ser actualizado.

Preferencias del niño/deseos de tener una familia.

BACKGROUND REPORT PART 2  
(INFORME DE ANTECEDENTES PARTE 2)

VI. ADJUNTOS A LAS PARTES 1 Y 2

Una foto del niño (Parte 1)

Un plan para el caso actual donde figuren los nombres y los domicilios de los hogares en guarda actuales y anteriores.

Informes psicológicos

Registro de vacunas

Examen físico actual

Informes escolares según corresponda, como por ejemplo IEP, libreta de calificaciones del último grado

Informes de los padres de adoptivos o de otros proveedores de cuidado.

**BIRTH PARENT AFFIDAVIT TO COURT  
(DECLARACIÓN JURADA DEL PADRE BIOLÓGICO PARA LA CORTE)**

ESTADO DE IOWA

SS:

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Nosotros (yo) \_\_\_\_\_  
(Nombres de los padres)

Padres biológicos de \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño)

Presentamos esta declaración jurada en cumplimiento de la sección 600.16 del Código de Iowa.  
Yo (nosotros) solicitamos

Que la corte \_\_\_\_\_ Nuestro(mi) nombre(s) como los  
(revelará, no revelará)

Padres biológicos de \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño)

Esta solicitud se hace con base en los siguientes hechos y circunstancia y por las siguientes  
razones.

\_\_\_\_\_  
Padre

\_\_\_\_\_  
Madre

Firmado y jurado ante mí \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Notario público en y para \_\_\_\_\_

El Condado de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de terminación el notariado.

**Birth Parent Affidavit to Court, Form 470-3031 and 470-3031(S)**

Purpose	Form 470-3031 or 470-3031(S) provides a means for birth parents to register with the court their choice of whether they want their names revealed or not revealed to an adult adoptee.
Source	Print or photocopy the English or Spanish version of this form from the samples in the manual.
Completion	The birth parents prepare this form after a release of custody is signed or when termination of parental rights is ordered under Iowa Code Chapter 232. The form must be notarized.
Distribution	Make two or three copies, according to local practice. Add the original to the adoption record retained by the court at the time the adoption is finalized.  Give a copy to birth parents. Keep a copy in child's adoption file (and guardianship file, if desired).
Data	Self-explanatory.

**Child Abuse: A Guide for Mandatory Reporters, Comm. 164 and  
Comm. 164(S)**

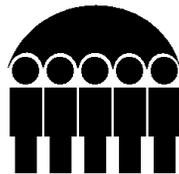
Purpose	<i>Child Abuse: A Guide for Mandatory Reporters</i> is used to provide information regarding definition and statutory obligations for mandatory reporters in identification and reporting of suspected child abuse.
Source	Supplies of the English or Spanish version of this booklet may be printed from the on-line manual at: <a href="http://www.dhs.state.ia.us/policyanalysis/PolicyManualPages/SocialServ.htm">http://www.dhs.state.ia.us/policyanalysis/PolicyManualPages/SocialServ.htm</a> - <i>Protective Services</i>
Distribution	The booklet has been designed for internal and external use. Upon request for this booklet, requester should be directed to the DHS Policy Analysis web site.

# **CHILD ABUSE: A Guide for Mandatory Reporters**

## **(ABUSO INFANTIL: Una guía para informadores obligatorios)**

Para hacer un informe de una sospecha de abuso infantil, contacte a su oficina local del Department of Human Services durante horas normales de oficina. También puede hacer informes en cualquier momento llamando a la línea de atención gratuita de 24 horas, al:

1-800-362-2178



## Tabla de contenido

<b>Panorama general del abuso de menores.....</b>	<b>1</b>
Datos nacionales .....	2
Respuesta de Iowa .....	3
<b>¿Soy un informante obligatorio de abuso de menores?.....</b>	<b>5</b>
Salud .....	6
Educación.....	7
Atención infantil .....	8
Salud mental .....	8
Funcionarios de la ley .....	8
Otros obligados a informar .....	9
<b>¿Cómo informo el abuso de menores? .....</b>	<b>10</b>
Procedimientos de información .....	10
Renuncia a la confidencialidad .....	11
Inmunidad de responsabilidad .....	12
Sanciones por no informar abuso infantil .....	13
Sanciones por dar información falsa.....	13
Indicadores de posible abuso infantil.....	14
<b>¿Qué es abuso infantil bajo la ley de Iowa?.....</b>	<b>16</b>
Menor.....	16
Cuidador.....	17
Educadores como cuidadores.....	18
Niños como cuidadores.....	18
Abusos físicos .....	19
Lesión mental.....	19
Abusos sexuales.....	20
Negación del cuidado crítico .....	21
Prostitución infantil .....	23
Presencia de drogas ilegales .....	23
Fabricación o posesión de una sustancia peligrosa.....	24
Bestialidad en presencia de un menor de edad .....	25
Cohabitar con un agresor sexual registrado.....	25
<b>¿Cómo responde el DHS?.....</b>	<b>25</b>
Admisión.....	25
Informes de informadores múltiples .....	26
Marco de tiempo para decidir si aceptar un informe para la valoración.....	27
Admisiones aceptadas.....	27
Admisiones rechazados.....	27

Asignación del caso .....	29
Evaluación del abuso sospechado.....	29
Observación de la víctima alegada .....	30
Entrevistas con los sujetos del informe y otras fuentes .....	30
Acopio de la documentación.....	32
Evaluación de la seguridad y del riesgo al niño.....	33
Determinación sobre si ocurrió el abuso.....	33
Determinación sobre si el informe se pone en el registro de abuso infantil .....	34
Valoración de las fuerzas y de las necesidades de la familia.....	36
Preparación de informes y de formas .....	36
<b>¿Qué sucede después de la valoración?.....</b>	<b>39</b>
Recomendaciones de servicio y remisiones.....	39
Retiro de un niño .....	41
Retiro por orden judicial ex parte .....	41
Retiro de un niño por un oficial de paz o de un médico .....	44
Retiro con el consentimiento del padre.....	46
Audiencias de la corte juvenil.....	46
Niño en necesidad de ayuda.....	47
<b>¿Cómo se trata la información de abuso infantil? .....</b>	<b>49</b>
Divulgación protectora .....	49
Disposición de informes .....	49
Pedidos de corrección y apelaciones .....	50
Acceso a la información de abuso infantil.....	51
Responsabilidad civil y criminal con respecto a la información de abuso infantil.....	53
<b>¿Qué entrenamiento necesitan los informadores obligatorios? .....</b>	<b>54</b>
<b>Preguntas de revisión.....</b>	<b>56</b>
<b>Refugios seguros para recién nacidos .....</b>	<b>65</b>
<b>Informe de Sospecha de Abuso Infantil.....</b>	<b>67</b>

## **Panorama general del abuso de menores**

El abuso de menores no es un fenómeno nuevo. El abuso y abandono de menores ha sido documentado durante más de dos mil años. Sin embargo, los intentos por evitarlo son relativamente nuevos.

La primera respuesta legal documentada frente al abuso de menores en los Estados Unidos ocurrió en 1874. La New York Society for the Prevention of Cruelty to Animals pidió ante la corte que se retirara a un menor de ocho años de su ambiente abusivo. Puesto que no había leyes contra el abuso de menores, la Sociedad argumentó que el menor era, de hecho, un animal, y debía brindársele la misma protección que a otros animales. Durante las primeras décadas de los 1800s se formaron sociedades para proteger a los menores de la crueldad en muchos estados.

El siguiente movimiento para proteger a los menores vino como resultado de que varios pediatras publicaran artículos sobre menores con múltiples fracturas y daños cerebrales por causa de sus cuidadores. En 1961, el Dr. C. Henry Kempe, entonces presidente de la American Academy of Pediatrics, dio una conferencia sobre el “síndrome del menor maltratado”, en la que esbozó un “deber” hacia el niño para evitar “repetición del trauma”. La conferencia sobre el Síndrome del menor maltratado hizo que muchos estados hicieran leyes para proteger al menor del abuso físico.

El abuso de menores ahora es reconocido como un problema de proporciones epidémicas. Este tiene serias consecuencias que permanecen como dolor indeleble a lo largo de la vida de la víctima. La violencia y negligencia de los padres y cuidadores sirve como modelo para los niños a medida que crecen. Los menores víctimas de hoy, sin protección ni tratamiento, pueden volverse los abusadores del mañana.

Así como con cualquier asunto social, el abuso de menores es un problema de toda la comunidad. Alcanzar las metas de los servicios protectores requiere de la coordinación de muchos recursos. Cada grupo profesional y agencia involucrados con una familia asumen la responsabilidad de elementos específicos del proceso de servicio de protección de menores.

## **Datos nacionales**

A nivel nacional, el “Child Maltreatment Report” de 2005, publicado por el U.S. Department of Health and Human Services Children’s Bureau, indica que cerca de 3 millones de reportes sobre abuso de menores que involucran a 6 millones de niños se hicieron frente a las agencias de protección de menores, y que aproximadamente el 62% fueron aceptados para ser investigados o valorados.

Menos de un tercio de las investigaciones y valoraciones (28.5%) confirmaron abuso de menores. Hubo un estimado de 599.000 víctimas de abuso de menores en todo el país. La tasa de victimización fue de 12.1 por cada 1.000 niños. Las tasas más altas fueron para el grupo de 0 a 3 años (16.5 por cada 1.000 niños). El setenta y cinco por ciento de todas las víctimas no tenían historial previo de victimización.

Los estudios nacionales siguen indicando que sólo cerca de un tercio de los niños maltratados son reportados a las agencias de protección de menores. Los números significativos de víctimas permanecen sin identificar y sin protección ni tratamiento.

En 1985, el U.S. Surgeon General declaró que la violencia familiar era una epidemia nacional. Un estimado de 3.3 millones de niños fueron expuestos a la violencia por miembros de la familia contra la madre o la cuidadora. La U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect encontró que la violencia doméstica era el mayor precursor individual de muertes por abuso y abandono infantiles en los Estados Unidos. El abuso de menores es 15 veces más factible en hogares donde hay violencia doméstica entre adultos.

De acuerdo con *Effective Intervention in Domestic Violence & Child Maltreatment Cases: Guide for Policy and Practice*, publicado por el National Council of Juvenile and Family Court Judges en 1999, “los que cometen violencia doméstica no victimizan únicamente adultos”. Revisiones recientes de más de dos décadas de estudios han revelado que en familias donde las mujeres son abusadas, muchos de sus hijos también son maltratados.

De acuerdo con el Iowa Attorney General’s Office, Crime Victim Assistance Division, desde enero de 1995 hasta abril de 2007, 160 residentes de Iowa han sido asesinados en homicidios de abuso doméstico. Durante ese período:

- ◆ 108 mujeres fueron asesinadas por su cónyuge, excónyuge, novio o compañero íntimo;
- ◆ 16 mujeres fueron asesinadas por sus parejas;
- ◆ 36 personas que allí se encontraban fueron asesinadas, incluyendo 20 niños;
- ◆ 115 menores sobrevivieron al asesinato de su madre o padre; y
- ◆ 52 menores estaban presentes en la escena del asesinato de un padre.

Aunque muchos adultos creen que han protegido a sus niños de exposición a la violencia doméstica, 80% - 90% de los menores en esos hogares pueden dar descripciones detalladas de la violencia que se vive en sus familias. (Doyme, S., Bowermasyer, J., & Meloy, R. (1999). "Custody Disputes Involving Domestic Violence: Making Children's Needs a Priority," *Juvenile & Family Court Journal*, 50, (2)).

La U.S. Advisory Board on Child Abuse sugiere que la violencia doméstica puede ser el mayor precursor individual de muertes infantiles en este país.

Con variaciones en las muestras seleccionadas y los tipos de información recolectada, la mayoría de estos estudios han encontrado que una proporción sustancial, entre 30 y 60 por ciento de los hijos de madres golpeadas también son maltratados. Los menores que son abusados física o sexualmente o que presencian violencia, tienden a presentar más problemas de desarrollo, cognitivos, emocionales y de comportamiento social, incluyendo depresión y mayor agresión que otros niños.

### **Respuesta de Iowa**

La ley de reporte de abuso de menores de Iowa, Código de Iowa secciones 232.67 a 232.75, fue inicialmente aprobada en 1978 y ha sido modificada varias veces desde entonces. El propósito de la ley es identificar niños que son víctimas de abuso. La ley también establece una valoración profesional para determinar si ha habido abuso. Hay servicios de protección que acompañan a la valoración, diseñados para proteger, tratar y evitar futuros maltratos.

El propósito de la ley de Iowa es brindar la mayor protección posible a niños, promoviendo que se informe la sospecha de abuso de menores. El estado respeta el vínculo entre padre e hijo. Sin embargo, reafirma el derecho de intervenir en favor del bienestar general del menor cuando hay un claro y presente peligro a la salud, bienestar y seguridad del menor. El estado no pretende interferir con la disciplina paterna razonable y prácticas de crianza que no sean injuriosas para el menor.

De acuerdo con las leyes de Iowa, el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services - DHS) tiene la obligación de valorar los reportes de sospecha de abuso de menores. El DHS es la agencia delegada por la ley para recibir estos reportes.

En el año calendario 2006, el DHS recibió 35.789 reportes de abuso de menores y aceptó 24.789 (69.2%). Tras completar la valoración de los alegatos, el DHS confirmó que hubo abuso en 9.257 (37%) de los reportes valorados. Hubo 13.027 menores víctimas nombrados en los reportes confirmados. Algunos de ellos sufrieron múltiples tipos de abuso o maltrato repetitivo. Estos resultados representan una tasa de 20.2 por cada 1.000 niños de Iowa abusados en 2006.

**Abuso infantil confirmado en años 2003 – 2006**

<b>Tipo de abuso</b>	<b>Porcentaje del total de abuso confirmado</b>			
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Negación de atención crítica	70.10%	68%	73.3%	77.2%
Abuso físico	13.86%	14.20%	12.3%	10.0%
Presencia de drogas ilegales	7.59%	9.63%	8.3%	7.2%
Abuso sexual	6.04%	6.24%	5.2%	4.1%
Fabricación / posesión de sustancias peligrosas con intención de fabricación	2.29%	1.68%	0.8%	0.5%
Daño mental	0.10%	0.22%	0.1%	0.1%
Prostitución infantil	0.02%	0.03%	0.0%	0.0%
Cohabitación con ofensor sexual registrado				0.7%

La fuente de información nacional es el U.S. Department Child Maltreatment Report 2003, 2004 and 2005. La fuente de información de Iowa es la Division of Results Based Accountability for CY 2005/CY 2006.

El DHS trabaja de cerca con médicos, enfermeras, educadores, profesionales de salud mental, agencias de la ley y el poder judicial. Estas partes están involucradas en la identificación, reporte, valoración y tratamiento de casos de maltrato infantil.

A la larga, los menores pueden mantenerse más seguros del abuso y abandono a través de un sentido de propiedad comunitaria, responsabilidad y participación. Una entidad (los legisladores, DHS, médicos, educadores, o las agencias de la ley) sólo no puede eliminar el “abuso de menores”. La seguridad de los niños depende de qué tan bien las comunidades apoyen a las familias, organicen sistemas básicos y hagan decisiones integrales sobre los recursos disponibles.

Las sociedades que involucran padres, vecinos y grupos de base comunitarios, en adición a agencias públicas y organizaciones sin ánimo de lucro, crean propiedad, responsabilidad y participación comunitaria. La visión de las sociedades ha evolucionado con la realización de que “una talla no sirve para todos”. A través de las sociedades, sus ciudadanos definen las necesidades de una comunidad y pueden ser ajustadas a las necesidades y fortalezas particulares de comunidades individuales.

La ley de reporte de abuso de menores es solo un tipo de estatutos de Iowa designados para tratar con el abuso de menores. Las leyes de justicia juvenil autorizan a la corte a suministrar protección para los menores a través de la supervisión en sus propios hogares o en su atención sustituta. Las leyes penales están separadas de las de reporte de abuso de menores y de justicia juvenil. Las leyes penales determinan que se persiga a supuestos perpetradores en casos donde se ha cometido un acto criminal.

### **¿Soy un informante obligatorio de abuso de menores?**

Las leyes de Iowa definen las clases de personas que deben informar de un abuso d menores dentro de las siguientes 24 horas cuando razonablemente crean que un menor ha sido abusado. Estos informantes obligatorios son profesionales que tienen contacto frecuente con menores, generalmente en una de seis disciplinas:

[Salud](#)  
[Salud mental](#)

[Educación](#)  
[Aplicación de la ley](#)

[Atención infantil](#)  
[Trabajo social](#)

Como lo define el Código de Iowa sección 232.69, los siguientes tipos de personas son informantes obligatorios cuando examinen, atiendan, asesoren o traten menores en el ámbito de la práctica profesional o en sus responsabilidades de empleo:

- ◆ Todos los médicos y cirujanos licenciados.
- ◆ Asistentes médicos.
- ◆ Odontólogos.
- ◆ Higienistas dentales licenciados.
- ◆ Optómetras.
- ◆ Podólogos.
- ◆ Quiroprácticos.
- ◆ Residentes o internos en cualquiera de las profesiones anteriores.
- ◆ Enfermeras registradas.
- ◆ Enfermeras prácticas licenciadas.
- ◆ Proveedores de salud médica de emergencia básica y avanzada.
- ◆ Un trabajador social.
- ◆ Un empleado u operador de una institución de salud privada o pública según lo define el código de Iowa.
- ◆ Un psicólogo certificado.

- ◆ Un empleado escolar licenciado, paraeducador certificado o quien tenga autorización de capacitación emitida bajo el Código de Iowa sección 272.31.
- ◆ Un empleado u operador de un centro licenciado de atención infantil, guardería registrada, programa Head Start, Programa Family Development and Self Sufficiency bajo el Código de Iowa sección 217.12 o programa Healthy Opportunities for Parents to Experience Success – Healthy Families bajo el Código de Iowa sección 135.106.
- ◆ Un empleado u operador de una institución licenciada de abuso de sustancias bajo el código de Iowa capítulo 125.
- ◆ Un empleado de una institución operada por el DHS listada en el Código de Iowa sección 128.1.
- ◆ Un empleado u operador de una institución de detención juvenil o albergue juvenil aprobado bajo el código de Iowa capítulo 232.142.
- ◆ Un empleado u operador de una institución licenciada de cuidado sustituto bajo el código de Iowa capítulo 237.
- ◆ Un empleado u operador de un centro de salud mental.
- ◆ Un funcionario de paz.
- ◆ Un asesor o profesional de salud mental.
- ◆ Un empleado u operador de un proveedor de servicios a menores con fondos bajo una excepción de servicios domésticos y comunitarios de Medicaid federalmente aprobado.

El empleador o supervisor de una persona que sea un informador obligatorio no aplicará ninguna política, regla de trabajo u otro requisito que interfiera con la persona que haga un reporte de abuso de menores.

Los miembros del clero no son considerados informadores obligatorios a menos que operen como trabajadores sociales, consejeros u otro papel descrito como informador obligatorio. Si un miembro del clero suministra servicios de asesoría a un menor, y éste revela un supuesto abuso, el clérigo está obligado a reportar como consejero. (La asesoría se brinda al menor durante el ámbito de la profesión del informador como consejero, no como clérigo).

### **Salud**

Los profesionales de la salud juegan muchos roles en el reconocimiento y tratamiento de abuso de menores, incluyendo el reconocimiento del abuso, el reporte del abuso sospechado, intervención en crisis y tratamiento de largo plazo.

El personal de servicios de salud frecuentemente es la defensa de primera línea en la detección temprana del abuso de menores. La mayoría de profesionales de la salud que tratan menores tienen que ser informadores obligatorios de abuso de menores.

Los profesionales de la salud usualmente son llamados para trabajar junto con muchas otras disciplinas, incluyendo trabajo social, educación, agencias de la ley y las cortes para asegurar un alcance multidisciplinario al reconocimiento y tratamiento del abuso de menores.

Un profesional de la salud puede, si es médicamente indicado, tomar o hacer que se tome un examen radiológico, físico u otra prueba médica del menor, o tomar fotos, que darían indicaciones médicas para la valoración del abuso.

Un médico tiene la autoridad de mantener un niño en custodia sin orden médica y sin el consentimiento del padre, guardián o custodio, provisto que el menor esté En una circunstancia o condición que presente un peligro inminente a la vida o salud del menor. Sin embargo, el medico debe notificar verbalmente a la corte dentro de las 24 horas siguientes. La capacidad para tomar o mantener a un menor en custodia es exclusiva de médicos y funcionarios de paz.

### **Educación**

Los educadores pueden pasar más horas al día con los niños que sus familias. Por esto el papel de los educadores es vital en el proceso de informe obligatorio. Todos los empleados escolares, maestros, entrenadores y paraeducadores son informadores obligados.

La participación de los educadores en el informe de abuso de menores es obligada o soportada por estándares y regulaciones federales y leyes, políticas y procedimientos estatales. Cada uno de estos niveles gubernamentales brinda autoridad para, promueve u ordena la participación del educador en el proceso de reporte estableciendo qué se requiere del educador y cómo cumplir esa obligación.

La autoridad primaria en el nivel federal es la Federal Family Education Rights and Privacy Act (FERPA) de 1974. FERPA, que rige la divulgación de información de registros escolares, no limita el informe de sospecha de abuso infantil por los educadores.

En la mayoría de casos, los educadores se basarán no en los registros escolares, sino en su propio conocimiento y observaciones personales cuando reporten abuso infantil. Puesto que no se involucran los registros escolares, FERPA no aplica.

En un pequeño número de casos, puede ser necesario consultar los registros escolares para determinar si debería hacerse un reporte de abuso. Normalmente se requiere el consentimiento de padres antes de divulgar información contenida en los registros escolares. Sin embargo, hay excepciones que pueden aplicarse en casos de abuso infantil.

Algunos sistemas escolares locales y juntas de educación han aplicado políticas y procedimientos escolares en relación con el reporte de abuso infantil. Las políticas y procedimientos apoyan la ley estatal en cuanto al informe y frecuentemente brindan mecanismos internos que deben seguirse cuando se hace un informe de abuso infantil

La política escolar local puede especificar que los padres sean notificados cuando la escuela haga un reporte de abuso. Si es así, avise al DHS sobre esto al reportar.

Algunas veces un procedimiento local puede requerir que el personal administrativo sea notificado cuando se haga un reporte de abuso y se radique una copia del reporte escrito.

### **Atención infantil**

Los proveedores de atención infantil juegan un papel crítico en mantener seguros a los menores. Es muy importante que ellos informen cuando sospechen de abuso infantil. Los proveedores de atención infantil incluyen personal de guardería, padres sustitutos y personal de cuidado residencial. Todos estos son informadores obligatorios. Un proveedor de cuidado infantil que sospeche que un niño ha sido abusado, debe reportarlo al DHS y al trabajador de licenciamiento.

### **Salud mental**

Los profesionales de salud mental frecuentemente reciben información íntima sobre niños y familias. Esto hace que su papel sea crítico cuando reporten abuso infantil. Todos los consejeros, aún los independientes, son informadores obligatorios de abuso infantil en relación con el menor que asesoren.

### **Funcionarios de la ley**

Los funcionarios de la ley juegan un papel muy importante en la protección de nuestros niños frente al abuso. Éstos son vistos como un símbolo de seguridad pública. Ellos están en una excelente posición para aumentar la conciencia de la comunidad sobre el abuso de menores.

Los funcionarios de la ley frecuentemente encuentran situaciones que involucran abuso de menores. Por ejemplo, en llamadas domésticas o durante arrestos por drogas, el oficial puede obtener información que constituya un supuesto abuso de menores. Niños viviendo en hogares donde se fabrican meta-anfetaminas o donde hay precursores presentes constituye una imputación de abuso de menores así como posibles cargos penales. Los agentes de la ley tienen que informar al DHS.

Los agentes de la ley que sospechen de abuso infantil en la línea de trabajo deben informar dicho abuso al Department of Human Services tan pronto como lo sospechen. Ellos deben seguir los mismos procedimientos que todos los informadores al reportar abuso de menores.

Los agentes de la ley y los servicios de protección de menores deben trabajar juntos. Algunas veces los trabajadores de los servicios de protección de menores deben visitar sitios aislados y peligrosos y tratar con personas inestables, violentas o adictas.

Generalmente estos trabajadores no cuentan con comunicaciones en el sitio (radio, teléfono en el carro, etc.), armas o entrenamiento especial en defensa propia. Frecuentemente es necesario que los agentes de la ley acompañen a los trabajadores de protección de menores a sus valoraciones. Si no se tiene el respaldo adecuado puede haber consecuencias desafortunadas para el menor y para el trabajador.

Los agentes de la ley tienen el poder de arrestar y hacer cumplir cualquier orden pendiente de la corte. Cuando es necesario retirar a un menor de su hogar, los agentes de la ley son frecuentemente llamados para asistencia. Ellos tienen la autoridad general para tomar la custodia de los menores.

También son capaces frecuentemente de reaccionar frente a situaciones más rápido que los servicios de protección de menores. Además están disponibles 24 horas al día, mientras que los trabajadores de protección de menores tienen respuesta limitada en horas no laborales en algunas comunidades.

### **Otros obligados a informar**

Algunos empleadores pueden tener políticas específicas que requieran cierto entrenamiento y procedimientos de información con respecto a abuso infantil para su personal, incluso cuando no sean considerados informadores obligatorios por ley. Los informadores que por la ley no son considerados obligatorios serán considerados informadores permisivos sin importar los requisitos del patrón.

Código administrativo 441 de Iowa--175.23(2) ordena a investigadores de adopción y los trabajadores del mantenimiento del ingreso del DHS a informar sospecha de abuso. Los trabajadores de mantenimiento del ingreso y los investigadores certificados de adopción son "autorizados", no informadores obligatorios. Como tal, no requieren hacer un informe escrito, aunque puedan hacerlo si desean. Reciben la misma información y avisos que informadores permisivos. No tienen derecho a la notificación escrita que se ha terminado la valoración ni a una copia de la información ingresada en el registro.

## **¿Cómo informo el abuso de menores?**

Según la sección 232.70 del código de Iowa, si usted es informador obligatorio de abuso infantil y usted sospecha que han abusado a un niño, usted debe informar al departamento de servicios humanos. La ley le obliga a informar abuso infantil sospechoso al DHS oralmente en el plazo de 24 horas después de enterarse de la situación. Usted debe también hacer un informe escrito en el plazo de 48 horas después de su informe oral. El patrón o el supervisor de una persona que sea informador obligatorio o permisivo no aplicará ninguna política, regla de trabajo, u otro requisito que interfiera con la persona que hace un informe de abuso infantil.

Como informador obligatorio, también le requieren hacer un **informe oral a las autoridades de aplicación de ley** si usted tiene razón para creer que es necesaria la protección inmediata del niño.

La ley requiere la información de sospecha de abuso infantil. No es función del informador validar el abuso. La ley no le requiere tener prueba que el abuso ocurrió antes de informar. La ley especifica claramente que los informes de abuso infantil deben ser hechos cuando la persona “razonablemente cree que un niño ha sufrido abuso”.

Los informes se hacen en términos de la posible condición del niño, no en términos de acusación contra padres. Un informe de abuso infantil no es una acusación, sino una petición para determinar si existe abuso infantil y comenzar el proceso de ayuda.

La fabricación de un informe de abuso infantil puede ser difícil. Usted puede tener dudas sobre si las circunstancias ameritan un informe, cómo reaccionarán los padres, cuál será el resultado, y si el informe pondrá a niño en mayor riesgo. La mejor manera de reducir al mínimo la dificultad del informe es:

- ◆ Esté bien informado sobre los requisitos del informe, y
- ◆ Sea consciente de los criterios del departamento y de la respuesta que se inicia al hacer un informe.

En el plazo de 24 horas de recibir su informe, le notificarán oralmente si se ha aceptado o se ha rechazado el informe. Dentro de los siguientes cinco días laborables, también le enviarán el formulario 470-3789, *Aviso de Decisión Aceptación*, indicando si el informe de abuso infantil fue aceptado o rechazado.

### **Procedimientos de información**

Si usted ve a niño que está en **peligro inminente**, contacte inmediatamente a **los agentes de la ley**, para proporcionar ayuda inmediata al niño. Los agentes de la ley es la única profesión que puede tomar a un niño en custodia en esa situación. Después de que usted haya notificado a los agentes de la ley, llame al DHS.

Para informar un caso sospechoso de abuso infantil:

- ◆ Llame a la oficina del DHS de su condado durante horas de oficina.
- ◆ Fuera de horas de oficina regulares, llama por favor 1-800-362-2178.
- ◆ Luego, haga un informe escrito.

Los informes orales y escritos deben contener la información siguiente, si se sabe:

- ◆ Los nombres y la dirección del niño y los padres u otras personas responsables del cuidado del niño.
- ◆ El actual paradero del niño.
- ◆ La edad del niño.
- ◆ La naturaleza y el grado de lesiones del niño, incluyendo cualquier evidencia de lesiones anteriores.
- ◆ El nombre, la edad, y la condición de otros niños en el mismo hogar.
- ◆ Cualquier otra información que usted crea puede ser provechosa en el establecimiento de la causa del abuso o de la negligencia al niño.
- ◆ La identidad de la persona o de las personas responsables del abuso o negligencia al niño.
- ◆ Su nombre y dirección.

Una copia de muestra de la forma 470-0665, *Informe de Sospecha de Abuso Infantil*, es incluida al final de esta guía. Esta forma está disponible en el sitio Web del DHS (<http://www.dhs.state.ia.us>). Esta forma específica no se requiere, pero usted puede utilizarla como guía en la elaboración de un informe de abuso infantil.

Si usted sospecha abusos sexuales de un niño menor de 12 años por parte de un no-cuidador, la ley le requiere hacer un informe de abuso infantil al DHS. Si el niño tiene 12 años o más, usted puede informar los abusos sexuales de un no-cuidador pero la ley le exige hacerlo. El DHS debe informar todas las alegaciones de abusos sexuales a los agentes de la ley en el plazo de 72 horas.

### **Renuncia a la confidencialidad**

Los asuntos de confidencialidad y la comunicación privilegiada son a menudo motivos de preocupación para los profesionales de salud mental y del servicio médico. Las reglas alrededor de la confidencialidad y de la comunicación privilegiada se renuncian durante el proceso de valoración de abuso infantil (una vez que un informe de abuso infantil se convierte en un caso).

La sección 232.71B del código de Iowa indica que el departamento puede pedir la información de cualquier persona que se crea tiene conocimiento de un caso de abuso infantil. Los fiscales del condado, los agentes de la autoridad, las agencias de servicios sociales, y todos los informadores obligatorios (independientemente de si hicieron el informe de sospecha de abuso) están obligados a cooperar y a asistir con la valoración de abuso infantil por el requerimiento del departamento.

La confidencialidad se renuncia en la sección 232.74 del código de Iowa, que lee:

Secciones 622.9 (en la comunicación entre el marido y la esposa) y 622.10 (en la comunicación bajo secreto profesional) y cualquier estatuto o regla de evidencia que excluya o privilegie el testimonio de los médicos o los profesionales de salud mental en cuanto a comunicaciones confidenciales no se aplican a la evidencia con respecto a lesiones de un niño o a la causa de lesiones en el procedimiento judicial, civil o criminal, resultando de un informe de abuso infantil.

El privilegio del médico se renuncia en casos de sospecha de abuso infantil. Se permite a los médicos compartir cualquier información necesaria con el departamento de servicios humanos para facilitar una valoración cuidadosa.

Es una buena idea dejar a sus clientes saber su estado como informador de abuso infantil al inicio del tratamiento. Esto ayudará a establecer una relación abierta y a reducir al mínimo las sensaciones del cliente sobre traición si es necesario presentar un informe. Hacer un informe de abuso infantil no significa necesariamente que su relación con el niño y la familia terminará, especialmente cuando usted puede apoyar a la familia durante el proceso de la valoración.

Cuando sea posible, discuta la necesidad de hacer un informe de abuso infantil con la familia. Sin embargo, sea consciente que hay ciertas situaciones donde si advierten a la familia sobre el proceso de valoración, el niño puede ser puesto en peligro de el abuso adicional, o la familia puede irse con el niño.

En las situaciones donde no tiene que hacer un informe de abuso infantil, éticamente usted debe tratar estas preocupaciones en un ambiente terapéutico. Refiérase a su código de ética profesional para mayor claridad sobre asuntos de abuso infantil.

### **Inmunidad de responsabilidad**

La sección 232.73 del código de Iowa proporciona inmunidad de cualquier responsabilidad civil o penal que pudiera ser contraída de otra manera cuando una persona participa de buena fé:

- ◆ Haciendo un informe, tomando fotografías o radiografías,
- ◆ Haciendo una prueba médicamente relevante, o
- ◆ Asistiendo a una valoración de un informe de abuso infantil.

Una persona tiene la misma inmunidad con respecto a la participación de buena fé en el procedimiento judicial resultando del informe o referente al tema del informe.

Según como se usa en esta sección y en la sección 232.77, “la prueba médicamente relevante” significa una prueba que produzca resultados confiables sobre la exposición a la cocaína, heroína, anfetamina, metanfetamina, u otras drogas ilegales, o sus combinaciones o derivados, incluyendo una prueba de muestra de orina.

### **Sanciones por no informar abuso infantil**

La sección 232.75 del código de Iowa preve las sanciones civiles y penales por no informar sobre un abuso infantil. Cualquier persona, funcionario, agencia, o institución obligados por este capítulo para informar un caso de sospecha de abuso infantil que a conciencia no lo haga será culpable de un delito menor simple.

Cualquier persona, funcionario, agencia, o institución obligados por la sección 232.69 del código de Iowa para informar un caso de sospecha de abuso infantil que a conciencia no lo haga, o que interfiera con conocimiento en la elaboración de tal informe, en violación de la sección 232.70, es civilmente responsable por los daños causados por dicha falta o interferencia.

### **Sanciones por dar información falsa**

El acto de dar información falsa con respecto a un supuesto acto de abuso infantil al DHS o a hacer que se brinde información falsa, sabiendo que la información es falsa o que no ocurrió el acto, se clasifica como delito menor simple bajo sección 232.75, subdivisión 3. del código de Iowa.

Si el DHS recibe un cuarto informe que identifique a mismo niño como víctima de abuso infantil y a la misma persona como supuesto abusador o que es de la misma persona, y del DHS ha determinado que los tres informes anteriores eran enteramente falsos o sin mérito, el DHS puede:

- ◆ Determinar que el informe es otra vez falso o carente de mérito debido a su naturaleza falsa o frívola.
- ◆ Termina su valoración del informe.
- ◆ Proporciona la información referente a los informes al fiscal del condado para la consideración de cargos criminales.

### **Indicadores de posible abuso infantil**

Los indicadores físicos y de comportamiento siguientes se enumeran como muestras de posible abuso infantil para considerar en la elaboración de su informe. Estos indicadores necesitan ser evaluados en el contexto del ambiente del niño. La presencia de uno o más de estos síntomas no prueba necesariamente el abuso. Estas listas son ejemplos y no son inclusivas.

#### **Indicadores físicos**

- ◆ Heridas y verdugones en la cara, los labios, la boca, el torso, la parte posterior, las nalgas, o los muslos en diferentes etapas de sanación
- ◆ Heridas y verdugones con patrones inusuales que reflejan la forma del artículo usado (e.g., cuerda eléctrica, hebilla de correa) o en grupos que indican el contacto repetido
- ◆ Contusiones en el niño, especialmente en la cara
- ◆ Hematomas subdurales, hemorragias retinianas, lesiones internas
- ◆ Quemaduras de cigarrillo, especialmente en las plantas del pie, las palmas, las partes posteriores o las nalgas
- ◆ Quemaduras por inmersión (en forma de calcetín, o de guante, o de anillo) en las nalgas o los órganos genitales
- ◆ Quemaduras con patrones como un elemento, un hierro o un utensilio eléctrico
- ◆ Quemaduras de cuerda en los brazos, las piernas, cuello o el torso
- ◆ Fracturas del cráneo, de la nariz, de las costillas o de la estructura facial en varias etapas de sanación
- ◆ Fracturas múltiples o espirales
- ◆ Contusiones, quemaduras o fracturas inexplicadas (o múltiple historial)
- ◆ Laceraciones o abrasiones de la boca, el frenulum, los labios, las encías, los ojos o los órganos genitales externos
- ◆ Marcas de mordedura o pérdida de pelo
- ◆ Problemas de habla, retrasos en el desarrollo físico, úlceras
- ◆ Asma, alergias severas o falta de desarrollo
- ◆ Hambre constante, mala higiene, vestido inadecuado
- ◆ Constante falta de supervisión; abandono
- ◆ Problemas físicos o emocionales o necesidades médicas desatendidos
- ◆ Dificultad al caminar o sentarse
- ◆ Dolor o rasquiña en el área genital
- ◆ Laceraciones, sangrado o infección en las áreas externas de los órganos genitales, vaginales o anales

- ◆ Ropa interior rasgada, manchada o sangrienta
- ◆ Infecciones urinarias o vaginales frecuentes
- ◆ Enfermedad venérea, especialmente en preadolescentes
- ◆ Embarazo
- ◆ Abuso de sustancias - alcohol o drogas
- ◆ Prueba positiva para la presencia de drogas ilegales en el cuerpo del niño

### **Indicadores del comportamiento**

- ◆ Asustado de ir a casa; susto de los padres
- ◆ Abuso del alcohol o de drogas
- ◆ Aprensivo cuando los niños lloran, excesivamente preocupado por los hermanos
- ◆ Pedir, robar o acumular alimentos
- ◆ Extremos del comportamiento, tales como agresividad o aislamiento
- ◆ Quejas por dolor, movimiento incómodo
- ◆ Fatiga constante, apatía o quedarse dormido en clase
- ◆ Demora en conseguir o no conseguir asistencia médica
- ◆ Comportamientos delincuenciales, de fuga o truhanes
- ◆ Desórdenes destructivos, tendencias antisociales o neuróticas, hábitos
- ◆ Retardos de desarrollo o de lenguaje
- ◆ Excesivo coqueteo o promiscuidad
- ◆ Largas estadías en la escuela (llegada temprana y salida tarde)
- ◆ Agresión, rabia, o hiperactividad extrema
- ◆ Temor a una persona o una aversión intensa a ser dejado con alguien
- ◆ Con frecuencia ausente o tarde a la escuela o abandono escolar o dificultades repentinas en la escuela
- ◆ Historia de abuso o de negligencia proporcionada por el niño
- ◆ Ropa inadecuada para el tiempo
- ◆ Cambio masivo del peso
- ◆ Alusiones indirectas a problemas en el hogar por ejemplo, “quiero vivir con usted”
- ◆ Falta de control emocional, retiro, depresión crónica, histeria, fantasía o comportamiento infantil
- ◆ Retrasos en crecimiento o el desarrollo
- ◆ Historias múltiples o contrarias para una lesión dada
- ◆ Excesivamente obediente, comportamiento pasivo, conformista; apatía
- ◆ Malas relaciones con compañeros; evitado por los pares

- ◆ Pobre autoestima, auto-devaluación, carencia de confianza o comportamiento autodestructivo
- ◆ Comportamiento de rol inverso o extremadamente dependiente; declara que no hay cuidador
- ◆ Intentos de suicidio
- ◆ Interés inusual en o conocimiento de materias sexuales, expresando afecto en maneras inadecuadas
- ◆ Cuidadoso de los contactos adultos, carencia de la confianza, incómodo con o amenazado por el contacto físico o la proximidad

### **¿Qué es abuso infantil bajo la ley de Iowa?**

El DHS tiene la autoridad legal para conducir un valoración de abuso infantil cuando se alega que:

- ◆ La víctima es un niño.
- ◆ El niño está expuesto a una o más de las nueve categorías de abuso infantil definidas en la sección 232.68 del código de Iowa:
  - [Abuso físico](#)
  - [Herida mental](#)
  - [Abuso sexual](#)
  - [Negación de atención crítica](#)
  - [Prostitución infantil](#)
  - [Presencia de drogas ilegales](#)
  - [Fabricación o posesión de sustancia peligrosa](#)
  - [Bestialismo en presencia de un menor](#)
  - [Cohabitar con un delincuente sexual registrado](#)
- ◆ El abuso es el resultado de los actos o de las omisiones de la persona responsable del cuidado del niño.

### **Menor**

Definen a un **menor** en la sección 232.68 del código de Iowa como cualquier persona menor de 18 años.

La víctima del abuso infantil es una persona menor de 18 años quien ha sufrido una o más de las categorías de abuso infantil según lo definido en la ley de Iowa (abusos físicos, lesión mental, abusos sexuales, negación del cuidado crítico, prostitución infantil, presencia de drogas ilegales, fabricación o posesión de una sustancia peligrosa o bestialidad en presencia de un menor de edad).

## **Cuidador**

Un autor de abuso infantil debe ser una persona responsable del cuidado de un niño. Definen a una **persona responsable del cuidado de un niño** en la sección 232.68 del código de Iowa como:

- a. Padre, guardián, o padre sustituto.
- b. Un pariente o cualquier otra persona con quien el niño reside y quienes asumen el cuidado o la supervisión del niño, sin referencia a la longitud del tiempo o a la continuidad de tal residencia.
- c. Un empleado o un agente de cualquier institución pública o privada que proporciona cuidados para un niño, incluyendo una institución, un hospital, un centro médico, un hogar comunal, un centro de salud mental, un centro de tratamiento residencial, una institución de albergue, un centro de detención, o una guardería.
- d. Cualquier persona que proporciona el cuidado para un niño, pero con quien no reside el niño, sin referencia a la duración del cuidado.

Una persona que asume la responsabilidad del cuidado o de la supervisión del niño puede asumir tal responsabilidad con el acuerdo verbal o escrito, o implícito con la asunción voluntaria del papel de cuidador.

Los autores del abuso infantil vienen de todas las clases sociales, razas, religiones, y nacionalidades. Vienen de todas las profesiones y representan todos los niveles de inteligencia y de estándares la vida. No hay estratos sociales libres de incidentes del abuso infantil.

Los padres abusivos pueden demostrar indiferencia frente a las necesidades, capacidades limitadas, y sentimientos del niño. Muchos padres abusivos creen que los niños existen para satisfacer necesidades paternas y que las necesidades del niño son poco importantes. Los niños que no satisfacen las necesidades del padre pueden hacer víctimas del abuso infantil.

Los abusadores sexuales pueden tener rasgos y comportamientos irregulares de la personalidad que pueden dar lugar a contacto sexual con un niño. Los autores de los abusos sexuales utilizan a veces amenazas, soborno, la coerción o la fuerza para involucrar a un niño en una actividad sexual. Violan la confianza que un niño intrínsecamente pone en ellos para el cuidado y la protección, y explotan la energía y la autoridad de su posición como cuidador para abusar sexualmente a un niño. Amenazan o advierten a menudo al niño “que no diga”, creando una conspiración del silencio sobre el abuso.

### **Educadores como cuidadores**

Normalmente no consideran a los profesores como cuidadores en la enseñanza y la supervisión de niños. **Nota:** Si hay una acusación del abuso infantil (abusos físicos, abusos sexuales o prostitución de niño) por un empleado en el distrito escolar, cada distrito escolar tendrá las políticas y procedimientos que seguirán.

La sección 280.17 del código de Iowa requiere que la “junta directiva de una escuela pública y las autoridades de control de una escuela privada prescriben procedimientos, de acuerdo con las pautas contenidas en la política modelo desarrollada por el Departamento de Educación en consulta con el departamento de servicios humanos, y adoptada por el Departamento de Educación, para manejar los informes del abuso infantil, supuestamente cometidos por un empleado o un agente de la escuela pública o privada”.

La jurisdicción establecida por el 281 código administrativo de Iowa 102.3 , para los informes del abuso infantil supuestamente cometidos por un empleado o el agente de una escuela pública o privada, es “actos del empleado de la escuela en los terrenos de escuela, el tiempo escolar, en una actividad escolar, o en un contexto escolar”.

Hay épocas en que un educador puede estar en el papel de un cuidador y fuera de la jurisdicción de la escuela. Por ejemplo, un profesor podría ser considerado un cuidador si el profesor es responsable de supervisar a un niño en un viaje de noche.

El DHS revisará los informes de abuso de menores supuestamente cometidos por un empleado o un agente de una escuela pública o privada para determinar si una valoración común con personal investigador de la escuela es apropiado. Donde está confusa la jurisdicción o hay otras circunstancias atenuantes, el DHS puede iniciar una valoración.

### **Niños como cuidadores**

Los niños son a veces cuidadores para otros niños y pueden ser responsables de abusar de un niño a su cuidado. Los niños pueden estar en un papel del cuidador, por ejemplo, como niñera. Un cuidador adulto puede ser considerado responsable si delegó responsabilidades del cuidado a un cuidador de menores inadecuado.

La ley requiere a un informador obligatorio que sospecha que ha ocurrido abuso cuando un niño está cuidando a otro a hacer un informe del abuso infantil. El DHS entonces determinará eventualmente la acción que debe ser tomada.

### Abusos físicos

Los “abusos físicos” se definen como cualquier lesión física no-accidental, o lesión que esté en desacuerdo con la historia dada de ella, sufrida por un niño como resultado de los actos o de las omisiones de una persona responsable de su cuidado.

Los indicadores comunes podían incluir quemaduras, contusiones, o fracturas inusuales o inexplicadas. El personal de los servicios médicos debe estar especialmente alerta a los casos de abuso infantil donde se presentan historias contrarias. Las historias contrarias pueden tomar la forma de una explicación que no se ajuste al grado o tipo de lesión, o de donde la historia o la explicación de lesión cambia con el tiempo.

Algunos indicadores de abuso infantil no son visibles en el cuerpo del niño. Muchas veces no hay indicadores físicos de abuso. El comportamiento de un niño puede cambiar como resultado del abuso. El personal de los servicios médicos debe estar especialmente alerta a los indicadores del comportamiento de posibles abusos y si creen que los hay, deben hacer un informe. Los indicadores del comportamiento incluyen comportamientos por ejemplo:

- ◆ Agresión extrema
- ◆ Retraimiento
- ◆ Comportamientos seductores
- ◆ Estar incómodo con el contacto o cercanía físicos

### Lesión mental

“Lesión mental” se define como cualquier lesión mental a la capacidad intelectual o psicológica del niño según lo evidenciado por una incapacidad observable y substancial en el niño de funcionar dentro de su esquema normal de funcionamiento y de comportamiento como resultado de los actos o de las omisiones de una persona responsable de su cuidado, si la debilitación es diagnosticada y confirmada por un médico autorizado o un profesional de salud mental calificado según lo definido en la sección 622.10 del código de Iowa.

Los ejemplos de lesión mental pueden incluir:

- ◆ **Ignorar al** niño y no proporcionar el estímulo, la respuesta, y la validación necesarios de su valía en la rutina normal de la familia.
- ◆ **Rechazar el** valor, las necesidades, y el solicitud del niño frente a la validación y cariño de los adultos.
- ◆ **Aislar al** niño de la familia y de la comunidad; negándole el contacto humano normal.
- ◆ **Aterrorizar al** niño con asaltos verbales continuos, creando un clima de miedo, hostilidad, y ansiedad, así evitando que el niño adquiera sensaciones de seguridad.

- ◆ **Corromper al niño** animando y reforzando comportamiento destructivo, antisocial hasta que el niño esté tan deteriorado en el desarrollo del socioemocional que la interacción en ambientes sociales normales no sea posible.
- ◆ **Asaltar verbalmente al niño** con insultos constantes, excesivos, amenazas y expresiones sarcásticas que “minan constantemente” el amor propio del niño con humillación.
- ◆ **Presionar demasiado al niño** con la presión sutil pero constante para crecer rápido y para tener logros demasiado tempranos en lo académico, habilidades físicas o motoras o interacción social, haciendo sentir al niño que él o ella nunca es suficientemente bueno.

### Abusos sexuales

Los “abusos sexuales” se definen como la comisión de una ofensa sexual con o a un niño conforme al capítulo 709 del código de Iowa, a la sección 726.2 del código de Iowa, o a la sección 728.12, subdivisión 1 del código de Iowa, como resultado de los actos o de las omisiones de la persona responsable del cuidado del niño.

A pesar de la sección 702.5 del código de Iowa, la comisión de una ofensa sexual bajo este párrafo incluye cualquier ofensa sexual mencionada en este párrafo con o a una persona menor de 18 años.

Hay varias subcategorías de los abusos sexuales:

- |  |   |
|--|---|
| ◆ Abuso sexual de primer grado                       | ◆ Conducta lasciva del con un menor                       |
| ◆ Abuso sexual de segundo grado                      | ◆ Incesto   |
| ◆ Abuso sexual de tercer grado                       | ◆ Explotación sexual del consejero o de un terapeuta      |
| ◆ Detención en un burdel                             | ◆ Explotación sexual del menor                            |
| ◆ Actos lascivos con un niño                         | ◆ Mala conducta sexual con los delincuentes y los jóvenes |
| ◆ Exposición indecente                               | ◆ Invasión de privacidad - desnudez                       |
| ◆ Asalto con el intención de cometer abusos sexuales |   |
| ◆ Contacto indecente con un niño                     |   |

Los indicadores del comportamiento de los abusos sexuales podían incluir cosas tales como conocimiento excesivo de materias sexuales más allá de su edad de desarrollo o seducción normal. Los indicadores físicos de los abusos sexuales podían incluir cosas tales como órganos genitales contusos o sangrantes, enfermedad venérea, o aún embarazo.

### **Negación del cuidado crítico**

La “negación del cuidado crítico” se define como la falta de parte de una persona responsable del cuidado de un niño de proveer el alimento, el abrigo, la ropa u otra forma adecuada cuidado necesario para la salud y el bienestar de niño cuando financieramente es capaz o cuando le son ofrecidos medios financieros razonables para ello.

**Nota:** Lo que la mayoría de la gente considera como “negligencia” se cubre bajo la categoría del abuso infantil de “negación del cuidado crítico”.

No considerarán abusadores a un padre o a un cuidador que practique legítimamente sus creencias religiosas y a causa de ellas no proporciona el tratamiento médico especificado para un niño. Sin embargo, esto no impide que una corte ordene que se suministre servicio médico al niño cuando su salud lo requiera.

La negación del cuidado crítico incluye las ocho subcategorías siguientes:

- ◆ **No proporcionar el alimento adecuado y la nutrición** hasta tal punto que haya peligro de lesión o de muerte del niño.
- ◆ **No proporcionar el abrigo adecuado** hasta tal punto que haya peligro de lesión o de muerte del niño.
- ◆ **No proporcionar la ropa adecuada** hasta tal punto que haya peligro de lesión o de muerte del niño.
- ◆ **No proporcionar cuidado médico adecuado** hasta tal punto que haya peligro de lesión grave o de muerte del niño.
- ◆ **No proporcionar el cuidado médico mental** necesario tratar adecuadamente un problema observable y substancial en la capacidad del niño para actuar.
- ◆ **Grave falta de atención a las necesidades emocionales del** niño necesarias para el desarrollo normal evidenciado por la presencia de una limitación observable y substancial en la capacidad del niño de funcionar dentro de su esquema normal de funcionamiento y de comportamiento.
- ◆ **No proporcionar la supervisión apropiada a un** niño que una persona razonable y prudente ejercitaría bajo hechos y circunstancias similares, hasta tal punto que haya peligro de lesión o de muerte del niño.

Esta definición incluye el confinamiento cruel e indebido de un niño y la operación peligrosa de un vehículo de motor cuando la persona responsable del cuidado del niño está conduciendo imprudentemente o está conduciendo mientras que está embriagada con el niño en el vehículo.

Otras situaciones que caen bajo esta subcategoría incluyen:

- Uso de la droga ilegal del cuidador de un niño

Cuando usted hace una alegación de la negación del cuidado crítico porque un niño carece la supervisión apropiada debido al uso de drogas ilegales de un cuidador usted puede ser interrogado para ayudar al DHS a determinar el tipo de droga y el grado de riesgo al niño.

Algunas drogas ilegales pueden tener un mayor impacto en las capacidades de supervisión del cuidador que otros. Por ejemplo, el uso de metanfetamina tiene riesgos inherentes al niño dado los efectos conocidos de las metanfetaminas. El DHS considerará el efecto conocido de la droga nombrada y de la otra información para determinar riesgo a la seguridad del niño.

- Niños solos en el hogar

El DHS recibe muchas preguntas cada año en relación con cuándo un niño puede ser dejado sólo en casa con seguridad. La ley de Iowa no define una edad que sea apropiada para que un niño sea ido solo. Cada situación es única. Los ejemplos de las preguntas ayudarán a determinar si hay problemas de seguridad para el niño:

- El niño tiene inhabilidades físicas?
- Podría el niño salir de la casa en una emergencia?
- El niño tiene un teléfono y sabe utilizarlo?
- El niño sabe cómo contactar al cuidador?
- Cuánto tiempo dejarán al niño sólo?
- Está el niño asustado por haber sido dejado sólo?
- El niño sabe responder a una emergencia tal como fuego o lesión?

- Piojos y haraganería

Los piojos y la haraganería se reportan a menudo como alegaciones del abuso infantil. Sin embargo, la peligrosidad no es tan grande como para que deba estar presente para constituir una acusación de abuso infantil.

Si hay otras condiciones presentes o la situación plantea un riesgo a la salud y al bienestar de niño, debe ser informada como abuso infantil. Incluso si el informe se rechaza para valoración, se pueden ofrecer otros servicios al niño y a la familia.

- ◆ **Falta de respuesta frente a condiciones peligrosas para la vida del niño** no proporcionando el tratamiento que a juicio del médico será más eficaz en el mejoramiento o la corrección de todas las condiciones.

Esta subcategoría o la negación del tipo crítico del abuso del cuidado también se conoce como la “negación del tratamiento médicamente indicado”. El tipo de tratamientos incluidos es nutrición, hidratación y medicación apropiadas.

El término no incluye el no suministro del tratamiento con excepción de la nutrición, de la hidratación y de la medicación apropiadas a un niño cuando, a juicio del médico, unas de las circunstancias siguientes aplica:

- El niño está crónicamente e irreversiblemente comatoso.
- El suministro del tratamiento simplemente prolongaría la muerte, no sería eficaz en el mejoramiento o la corrección de las condiciones peligrosas para la vida del niño, o sería vano en términos de supervivencia del niño.
- El suministro del tratamiento sería virtualmente vano en términos de supervivencia del niño y el tratamiento en sí mismo bajo esas circunstancias sería inhumano.

### **Prostitución infantil**

La “prostitución infantil” se define como los actos o las omisiones de una persona responsable del cuidado de un niño que permitan o animen al niño a participar en actos prohibidos conforme a la sección 725.1 del código de Iowa. A pesar de la sección 702.5 del código de Iowa, los actos o las omisiones bajo este párrafo incluyen un acto o una omisión mencionada en este párrafo con o a una persona menor de 18 años.

**Nota:** Se define la “prostitución” como una persona que venda u ofrezca para la venta los servicios como compañero en un acto sexual, o que compra u ofrece comprar tales servicios.

### **Presencia de drogas ilegales**

La “presencia de drogas ilegales” se define como una droga ilegal presente en el cuerpo de un niño como consecuencia directa y previsible de los actos o de las omisiones de la persona responsable de su cuidado

La sección 232.77 del código de Iowa indica que, “si un médico descubre en los síntomas físicos o de comportamiento de un niño el efecto de la exposición a la cocaína, heroína, anfetamina, metanfetamina, u otras drogas ilegales o combinación o derivados de estos, que no fueran prescritos por un médico, o si el médico ha determinado a través de examinar a la madre del niño que expusieron al niño en el útero, el médico puede realizar una prueba médicamente relevante según la sección 232.73. El médico informará cualquier resultado positivo de tal prueba en el niño al departamento. El departamento comenzará una valoración conforme a la sección 232.71B al recibo de tal informe”.

Las “drogas ilegales” se definen como cocaína, heroína, anfetamina, metanfetamina, otras drogas ilegales (incluyendo marihuana), o combinaciones o los derivados de las drogas ilegales que no fueran prescritas por un médico.

Ejemplos de las situaciones que pueden dar lugar a una determinación de este tipo de abuso:

- ◆ Un niño nace con las drogas ilegales presentes en su sistema según lo determine un examen médico. Las drogas ilegales estaban presentes en el cuerpo del niño debido al uso de éstas por la madre antes del nacimiento del bebé.
- ◆ Un niño de tres años da positivo debido a la exposición a las drogas ilegales cuando los cuidadores del niño utilizaron las drogas ilegales en el hogar.

### **Fabricación o posesión de una sustancia peligrosa**

La “fabricación o la posesión de una sustancia peligrosa” se define en la sección 232.2, subdivisión 6, párrafo p del código de Iowa, como ocurriendo cuando la persona responsable del cuidado de un niño:

- ◆ Ha fabricado una sustancia peligrosa en presencia del niño, o
- ◆ Permite con conocimiento la fabricación de una sustancia peligrosa por otra persona en presencia de un niño, o
- ◆ Posee un producto que contiene efedrina, sus sales, isómeros ópticos, sales de isómeros ópticos, o pseudoefedrina, sus sales, isómeros ópticos, sales de isómeros ópticos, con la intención de utilizar el producto como precursor o un intermediario a una sustancia peligrosa en presencia del niño.

Para los propósitos de esta definición, “en presencia de un niño” significa que ocurrió la fabricación o la posesión:

- ◆ En la presencia física de un niño, o
- ◆ En el hogar de un niño, en los terrenos, o en un vehículo de motor ubicado en los terrenos, o
- ◆ Bajo otras circunstancias en las cuales una persona razonablemente prudente sabría que la fabricación o la posesión se puede haber visto, oído, u oído por un niño.

La sección 232.2, subdivisión 6, párrafo p del código de Iowa, define “sustancia peligrosa” como:

- ◆ Anfetamina, sus sales, isómeros, o sales de sus isómeros.
- ◆ Metanfetamina, sus sales, isómeros, o sales de sus isómeros.
- ◆ Un químico o combinación de productos químicos que plantean un riesgo razonable de causar explosión, fuego, u otro peligro a la vida o a la salud de la gente que está en la vecindad mientras que el producto químico o la combinación de productos químicos se utiliza o se piensa usar en:

- El proceso de fabricación una sustancia ilegal o controlada.
- Como precursor en la fabricación de una sustancia ilegal o controlada.
- Como intermediario en la fabricación de una sustancia ilegal o controlada.

**Nota:** El DHS debe informar este tipo de acusaciones a las agencias de la ley por ser este un delito.

### **Bestialidad en presencia de un menor de edad**

La bestialidad en presencia de un menor de edad se define como la comisión de un acto de sexo con un animal en presencia de un menor de edad según lo definido en la sección 717C.1 del código de Iowa por una persona que resida en un hogar con un niño, como resultado de los actos o de las omisiones de una persona responsable del cuidado del niño.

**Nota:** El DHS debe informar este tipo de acusaciones a las agencias de la ley por ser este un delito.

### **Cohabitar con un agresor sexual registrado**

Un cuidador que cohabita con conocimiento con una persona que es un agresor sexual registrado o con una persona que deba registrarse comete abuso infantil. Las excepciones son si el agresor sexual es cónyuge del cuidador; o el agresor sexual es el padre del niño supuestamente víctima, o el agresor sexual es un hijo del cuidador. **Nota:** El DHS debe informar este tipo de acusaciones a las agencias de la ley por ser este un delito que pone en peligro al niño.

## **¿Cómo responde el DHS?**

Una valoración del abuso infantil del DHS consiste en los procesos siguientes:

- ◆ [Admisión](#)
- ◆ [Asignación del caso](#)
- ◆ [Evaluación del supuesto abuso](#)
- ◆ [Determinación sobre si ocurrió el abuso](#)
- ◆ [Ingreso del reporte en el registro de abuso infantil](#)
- ◆ [Valoración de fuerzas y necesidades de la familia](#)
- ◆ [Preparación de formas e informes](#)

### **Admisión**

El propósito de la admisión es obtener la información para asegurarse de que los informes de abuso infantil que cumplen los criterios para la valoración sean aceptados y aquellos que no cumplen los requisitos legales son rechazados apropiadamente. La política del DHS es aceptar un informe cuando hay información insuficiente para rechazarlo.

El primer paso en este proceso es iniciar las salvaguardias para los niños que están en peligro o han sido abusados. El personal del DHS hará las preguntas al informador, registrará la información necesaria, y discernirá entre información significativa y superflua.

La información recopilada en la admisión incluye:

- ◆ La acusación del abuso infantil
- ◆ La identificación y la localización del niño, de los padres o de los cuidadores
- ◆ La seguridad y el riesgo del niño
- ◆ La identificación y la localización de la persona supuestamente responsable del abuso
- ◆ Acceso de esa persona a los niños
- ◆ Datos con respecto al informador obligatorio

El supervisor es responsable de asegurarse de que la información precisa esté documentada.

Si bien es conveniente estar familiarizado con las definiciones del abuso infantil para hacer un informe, saber las definiciones y la terminología no es esencial. El DHS determinará el tipo de abuso que es alegado. Puede ser posible hacer inferencias razonables que harían que un informe sea aceptado para valoración con base en la descripción de lo ocurrido, así que el detalle y la información precisa son esenciales.

Usted puede ser contactado cuando:

- ◆ Su informe inicial se hace por escrito.
- ◆ Alguna información en su informe inicial es confusa o incompleta.
- ◆ La información de su informe inicial es cuestionada una vez que se inicia la valoración.
- ◆ El informe escrito que usted presenta contiene información nueva o diferente de aquella proporcionada en su informe oral sobre el abuso infantil.

### **Informes de informadores múltiples**

Cuando más de un informador obligatorio razonablemente sospecha el abuso con base en el mismo incidente, los informadores obligatorios, pueden hacer un informe escrito común al DHS.

Cuando más de un informador hace por separado un informe de abuso infantil sobre el mismo incidente, y el primer informe se está evaluando, el DHS avisará a informadores subsecuentes que el informe del abuso infantil que están haciendo se ha aceptado ya como caso.

### **Marco de tiempo para decidir si aceptar un informe para la valoración**

La decisión del DHS sobre si aceptar o rechazar un informe del abuso infantil debe ser hecha dentro de un marco **de una a 12 horas de** tiempo tras el recibo del informe, dependiendo de la información que se proporciona y del nivel de riesgo del niño:

- ◆ Cuando un informe indica que el niño ha sufrido lesión “**de alto riesgo**” o hay una **amenaza inmediata al** niño, el departamento actúa inmediatamente para asumir la seguridad del niño. La decisión de aceptar el informe del abuso infantil se hace en el plazo de **una hora del** recibo del informe.
- ◆ Cuando el informe **no cumple los criterios** de aceptación, por ejemplo el supuesto responsable no es el cuidador, pero el informe alega que el niño está en **riesgo elevado**, el DHS todavía actúa inmediatamente para asumir la seguridad del niño (llamando las agencias de ley, por ejemplo). Un supervisor repasa y aprueba la decisión para rechazar el informe del abuso infantil en el plazo de **una hora del** recibo del informe.
- ◆ Cuando un informe indica que han abusado al niño, pero no se considera lesión “de riesgo elevado” o no hay amenaza inmediata al niño, el DHS aún actúa oportunamente. La decisión de aceptar el informe del abuso infantil y la aprobación de la supervisión sobre esa decisión se hace en el plazo de 12 horas del recibo del informe.
- ◆ Cuando el informe no cumple los criterios de aceptación, por ejemplo el supuesto responsable no es el cuidador, y el informe no considera que haya “riesgo elevado”. Un supervisor repasa y aprueba la decisión para rechazar el informe del abuso infantil en el plazo de **12 horas del** recibo del informe..

### **Admisiones aceptadas**

Cuando su informe cumple los criterios para la valoración, el DHS le informará que el informe del abuso infantil se ha aceptado como caso en el plazo de 24 horas de recibir el informe. El DHS puede proporcionar esta notificación oralmente en el momento de hacer el informe si éste se acepta inmediatamente.

Si su informe no se acepta inmediatamente porque se requiere consulta adicional con un supervisor, usted será informado que la consulta adicional es necesaria antes de que una decisión pueda ser tomada, y alguien le llamará después con la decisión.

### **Admisiones rechazados**

El DHS debe obtener la suficiente información para poder determinar si un informe cumple los criterios de admisión. Un supervisor repasa el informe y hace la determinación final sobre el rechazo del informe para la valoración.

Si se rechaza su informe, el DHS:

- ◆ Contactará a las agencias de la ley si la seguridad de un niño parece estar en peligro.
- ◆ Le notifica oralmente que el informe se ha rechazado en el plazo de 24 horas de su recibo.
- ◆ Le envía un aviso escrito que indica la decisión para rechazar el informe dentro de cinco días laborables de su recibo, usando la forma 470-3789, *Aviso de la Decisión de Admisión*, que incluye instrucciones sobre qué hacer si usted discrepa con la decisión.
- ◆ Proporciona una copia de la información del producto al fiscal del condado dentro de cinco días laborables de su recibo.

Le avisarán que:

- ◆ El informe se rechaza por una o más de las razones siguientes:
  - La víctima informada no es un niño.
  - La persona acusada de haber abusado del niño no es cuidador.
  - El abuso informado no cae dentro de la definición del abuso infantil.
- ◆ El informe será examinado para una posible valoración de “niño en necesidad de asistencia” para determinar si se requiere acción de la corte juvenil. La familia puede solicitar servicios a través del DHS si hay un informe fundado de abuso infantil o una orden de la corte juvenil.
- ◆ Usted puede informar a la familia los servicios disponibles en la comunidad.

Cuando la información de admisión no cumple con la definición legal de abuso infantil, pero se alega un delito contra un niño, el DHS refiere el informe a la agencia policial apropiada.

Si la información de admisión alega abusos sexuales contra un niño por una persona que no sea “cuidador”, el DHS refiere el informe a la autoridad de la ley verbalmente y también presenta la información por escrito en el plazo de 72 horas de recibir el informe.

La unidad de valoración del DHS guarda una copia de la información de admisión para los informes del abuso infantil que se han rechazado por seis meses, después la destruye.

La información de admisión rechazada no se considera “información de abuso infantil”. Es regida por las mismas provisiones del confidencialidad que los expedientes de caso del servicio del DHS. Si un sujeto de un informe pide la información sobre una admisión rechazada que le implica, el DHS proporcionará una copia de la misma, si está disponible, después de quitar el nombre del informador.

Si usted se entera de nueva información después de que se haya rechazado su informe, haga un nuevo informe al DHS.

### **Asignación del caso**

Cuando un informe indica que el niño ha sufrido lesión “de riesgo elevado” o hay una amenaza inmediata al niño, el DHS debe actuar inmediatamente para tratar la seguridad del niño. El caso se debe asignar **inmediatamente**.

Cuando un informe indica que han abusado al niño pero no se considera lesión “de riesgo elevado” o no hay amenaza inmediata al niño, el DHS debe actuar oportunamente. El caso se debe asignar en el plazo de **12 horas del recibo del informe**.

El propósito primario de la valoración es tomar medidas para proteger y para salvaguardar al niño evaluando la seguridad y riesgo del niño nombrado en el informe y a cualquier otro niño en el mismo hogar que los padres o la persona responsable de su cuidado.

Si el personal del DHS cree en cualquier momento durante la valoración que hay una amenaza inmediata debido a abuso, entrará en contacto inmediatamente con las autoridades competentes y comunicará estas preocupaciones. Esto puede incluir cualquiera o todas las siguientes:

- ◆ Agencias de la ley
- ◆ Corte Juvenil
- ◆ Médicos

El personal del DHS tiene contacto con la familia en todas las valoraciones. Otras actividades de la valoración varían, dependiendo de la evaluación de la seguridad del niño y las fortalezas y las necesidades de la familia.

### **Evaluación del abuso sospechado**

Durante el proceso de evaluación, el DHS recopila la información sobre las alegaciones de abuso infantil, tan bien como las fuerzas y las necesidades de la familia:

- ◆ [Observando a la víctima alegada](#)
- ◆ [Entrevistando a los sujetos del informe y de otras fuentes](#)
- ◆ [Recolectando documentación](#)
- ◆ [Evaluando la seguridad y el riesgo del niño](#)

### **Observación de la víctima alegada**

El propósito de la observación de la víctima alegada es asumir la seguridad del niño y determinar si el niño tiene síntomas visibles de abuso. La observación cuidadosa y oportuna del niño es muy importante para los alegatos de abusos físicos. La observación puede también ser relevante en las valoraciones que implican alegaciones de negación del cuidado crítico, particularmente falta de alimento adecuado, abrigo, o vestido.

Los requisitos para las observaciones dependen del nivel de riesgo para el niño presentado por la alegación, como sigue:

- ◆ 1 hora cuando el informe implica una amenaza inmediata o de riesgo elevado para la seguridad del niño.
- ◆ 24 horas cuando el informe no implica amenaza inmediata o de riesgo elevado al niño pero el supuesto responsable tiene acceso al niño.
- ◆ 96 horas cuando el informe no implica una amenaza inmediata o de riesgo elevado al niño y el supuesto responsable no tiene claramente acceso al niño.

Siempre que sea posible, el trabajador de protección del niño intenta observar y entrevistarse con al niño nombrado en el informe al entrevistarse con a los padres. Cuando el trabajador debe observar y entrevistarse con un niño nombrado en el informe lejos del hogar, se intenta obtener consentimiento de los padres.

### **Entrevistas con los sujetos del informe y otras fuentes**

Entrevista del personal del DHS con el niño para recopilar la información no sólo con respecto a las alegaciones del abuso, pero también sobre la seguridad inmediata del niño, el riesgo de abuso, los padres, el supuesto responsable del abuso, y la familia.

Otros hermanos pueden ser entrevistados para determinar si han experimentado abuso, para evaluar su vulnerabilidad, para recopilar la información de corroboración con respecto a la supuesta alegada, y para recopilar la información para ayudar en la valoración de riesgo.

Durante una valoración, el DHS puede entrevistarse con los padres que no son sospechosos de abuso para descubrir lo que saben acerca del abuso alegado, reunir información sobre el riesgo de abuso; y determinar su capacidad de proteger al niño.

La ley de Iowa requiere que se ofrezca al acusado una oportunidad (cuando se conoce el paradero de la persona) de ser entrevistado y que responda a las alegaciones, pero la persona puede declinar la entrevista. La información se utiliza para determinar si ocurrió el abuso, también para medir al riesgo que esta persona puede presentar a la víctima alegada, a otros niños, o a otros que residen en el hogar.

El DHS puede entrar en contacto con y entrevistarse con otra gente que puede tener información relevante con respecto al informe del abuso alegado y de la valoración de la seguridad y del riesgo al niño. Durante una valoración, los médicos deben entrar en contacto con el DHS inmediatamente cuando:

- ◆ Los padres o los vigilantes no puede llevar al niño a la cita programada.
- ◆ Hay cualquier confirmación o evidencia de los abusos físicos.
- ◆ El niño tiene otras dolencias que requieran la atención médica inmediata.

Se puede buscar consulta profesional, incluyendo el uso de equipos multidisciplinarios, o de equipos de ayuda a la protección del niño o de centros de protección del niño cuando se necesite una determinación que está fuera del alcance profesional del departamento. Por ejemplo, un trabajador puede poder identificar a un niño que tenga peso insuficiente, pero la “falta desarrollo” es un diagnóstico que solamente un médico puede hacer.

Los equipos multidisciplinarios consisten en profesionales que practican medicina, salud pública, salud mental, trabajo social, el desarrollo de niño, la educación, la ley, la libertad condicional juvenil, la aplicación de ley, el oficio de enfermera, la violencia en el hogar y el asesoramiento del abuso de sustancias.

Estos equipos funcionan como un grupo de asesoría y de consulta para ayudar a trabajadores de protección del niño en asuntos relacionados con un caso durante la fase de la valoración. Pueden también asistir a identificar planes de tratamiento. Condados o áreas multi-condado con 50 o más informes de abuso infantil anualmente deben desarrollar equipos multidisciplinarios.

El fiscal del condado convoca los equipos de ayuda a la protección del niño que incluyen al DHS, a la agencia de ley y al fiscal del condado para consultar sobre los casos que implican un crimen fuerte en contra de un niño menor de 14 años por una persona responsable del cuidado del niño y de los abusos sexuales del niño. El equipo puede consultar con otros profesionales en disciplinas específicas.

El fiscal del condado debe establecer un equipo para cada condado a menos que dos o más fiscales del condado acuerden establecer un solo equipo para un área multicondado. El equipo puede consultar con o incluir a oficiales de la corte juvenil, las profesiones médicas y mentales, los médicos u otras profesiones médicas hospitalarias, los abogados señalados por la corte, guardianes ad- litem y los miembros de un equipo multidisciplinario creado por el DHS para las valoraciones de abuso infantil.

El DHS ha establecido acuerdos con múltiples centros de protección del niño a través del estado de Iowa. Estos centros asisten a trabajadores de protección del niño en la valoración de informes de abuso infantil. En la mayoría de los casos, estos centros proporcionan evaluaciones médicas y las valoraciones sicosociales de la víctima cuando hay alegaciones de abusos sexuales o de abusos físicos serios.

La otra información evaluativa se obtiene a veces a través de los libros de textos, de los diarios de estudiante, o de otras publicaciones.

### **Acopio de la documentación**

La documentación recolectada durante el proceso de la valoración se utiliza para ayudar a determinar si la información contenida en el informe de abuso infantil es exacta, para terminar la valoración de las fuerzas de la familia, y a desarrollar un plan de acción.

La sección 232.71B del código de Iowa indica que cualquier informador obligatorio, el fiscal del condado, cualquier agencia policial, y cualquier agencia de servicio social en el estado cooperarán y asistirán a la valoración por requerimiento del DHS.

Además de la información recopilada con entrevistas, el trabajador de protección del niño puede tomar las fotografías o asegurar fotografías tomadas por otros de las lesiones del niño o para documentar las condiciones en el hogar. Las fuentes comunes para la documentación fotográfica son Departamentos de Policía y hospitales.

El DHS por ley puede pedir la historia criminal de una persona sospechosa de ser responsable de abuso. La información que sugiere que es recomendable un chequeo de registro puede incluir alegaciones de abusos sexuales, de violencia en el hogar, o de abuso del alcohol o de otras drogas.

El DHS puede utilizar los informes médicos y los expedientes que son relevantes al informe de abuso infantil, incluyendo radiografías, resultados de los exámenes de comprobación de abusos sexuales, informes de entrevistas y de exámenes en un centro de protección del niño y pruebas médicamente relevantes relacionadas con la presencia de drogas ilegales dentro del cuerpo de un niño.

El DHS puede utilizar cintas magnéticas para audio, videocintas y otros medios electrónicos de grabación para documentar observaciones o conversaciones.

### **Evaluación de la seguridad y del riesgo al niño**

La evaluación de la seguridad de un niño es una actividad permanente que continúa durante el proceso entero de valoración. Un análisis de seguridad se centra en la situación actual. Un niño se considera “seguro” cuando la evaluación de toda la información disponible lleva a la conclusión que no abusarán al niño en el entorno actual.

Si determinan que un niño no está seguro, el DHS actúa para hacer frente a las preocupaciones de seguridad. Esto puede incluir (pero no se limita) cualquiera de los siguientes pasos:

- ◆ Suministro de servicios de preservación de la familia.
- ◆ Suministro de servicios centrados en la familia.
- ◆ Retiro del niño del hogar.
- ◆ Ubicación del niño con los parientes.
- ◆ Retiro del supuesto responsable del abuso del hogar.

La valoración del riesgo de abuso al niño se basa en los factores siguientes:

- ◆ Gravedad del incidente o de la condición.
- ◆ Repetición del incidente o de la condición.
- ◆ La edad del niño, la dolencia, la madurez mental y física, y el funcionamiento.
- ◆ Actitud del supuesto responsable del abuso con respecto a su ocurrencia.
- ◆ Recursos, servicios, y ayudas actuales disponibles para la familia que pueden cubrir las necesidades de la familia y aumentar la protección para el niño.
- ◆ Eventos especiales, situaciones, o circunstancias que pudieron haber creado la tensión, el estrés, o la ansiedad inmediata en la familia o el hogar.
- ◆ Acceso del supuesto responsable del abuso al niño.
- ◆ Deseo y capacidad del padre, o del guardián no responsable del abuso, de proteger al niño contra abuso adicional.

### **Determinación sobre si ocurrió el abuso**

Después de recopilar la información necesaria de observaciones, de entrevistas y de la documentación, y después de determinar la credibilidad de los sujetos del informe, los contactos y la información colateral, el DHS debe determinar si ocurrió el abuso. Cada categoría o subcategoría de abuso infantil requiere que los criterios específicos se cumplan para concluir que ocurrió el abuso.

Esta determinación se basa en una “preponderancia” de evidencia creíble, definida como mayor del 50% de la evidencia creíble recolectada. El trabajador de protección del niño debe llegar a una de las conclusiones siguientes con respecto a un informe de abuso infantil:

- ◆ **No confirmado:** De acuerdo con la evidencia creíble recolectada, el DHS determina que no hay una preponderancia de evidencia creíble disponible que ocurrió el abuso.
- ◆ **Confirmado** (pero no colocado en el registro de abuso infantil): De acuerdo con una preponderancia de toda la evidencia creíble disponible para el DHS, el alegato del abuso se confirma; sin embargo, el abuso no será puesto en el registro de abuso infantil.
- ◆ **Fundado:** De acuerdo con una preponderancia de evidencia creíble disponible para el DHS, el alegato del abuso se confirma y es el tipo de abuso que requiere la colocación en el registro de abuso infantil.

### **Determinación sobre si el informe se pone en el registro de abuso infantil**

Después de que se tome la decisión de que un informe de abuso infantil está confirmado, el DHS hace una determinación sobre si el informe se debe poner en el registro de abuso infantil.

Cuando un informe de abuso infantil se pone en el registro de abuso infantil, el nombre del niño, los nombres de los padres del niño, y el nombre del autor del abuso se incorporan en el registro. Poner el nombre de una persona responsable del abuso de un niño en el registro puede afectar al empleo, al registro, y a las oportunidades del licenciamiento para esa persona.

Los informes “fundados” se deben poner en el registro de abuso infantil. Un informe que no se confirma no se puede poner en el registro. Un informe de abuso infantil se confirma que se debe poner en el registro como un informe fundado bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:

- ◆ **Abuso físico**, cuando uno o más de los criterios siguientes se cumplen:
  - La lesión no era de menor importancia.
  - La lesión no fue aislada.
  - La lesión puede ocurrir de nuevo.
- ◆ Negación del cuidado crítico cerca:
  - No proporcionar el alimento y la nutrición adecuados.
  - No proporcionar el abrigo adecuado.
  - No proporcionar cuidado médico adecuado.
  - No proporcionar cuidado de salud mental adecuado.
  - No cubrir necesidades emocionales.
  - No responder a la condición peligrosa para la vida de un niño.

- No proporcionar la supervisión apropiada, **cuando** uno o más de los criterios siguientes se cumplen:
    - El riesgo de lesión no era de menor importancia.
    - El riesgo de lesión no fue aislado.
    - El riesgo de lesión puede ocurrir de nuevo.
  - No proporcionar la ropa adecuada, **cuando** uno o más de los criterios siguientes se cumplen:
    - El riesgo de lesión no era de menor importancia.
    - El riesgo de lesión no fue aislado.
    - El riesgo de lesión puede ocurrir de nuevo.
- ◆ **Daño mental.**
  - ◆ **Presencia de drogas ilegales.**
  - ◆ **Prostitución infantil.**
  - ◆ **Abuso sexual cometido por una persona de 14 años o más al momento del abuso.**
  - ◆ **Fabricación o posesión de sustancias peligrosas con la intención de utilizar el producto como un precursor o intermediario.**
  - ◆ **Bestialismo en presencia de un menor de edad.**
  - ◆ **Cohabitar con un agresor sexual registrado.**

**También**, el informe **será fundado** cuando:

- ◆ El caso fue referido para acción del Tribunal juvenil o Penal. El DHS puede recomendar la acción legal para un juicio, un retiro, o una redistribución en un proceso legal existente.
- ◆ En el plazo de 12 meses después del informe, del fiscal del condado o de la corte juvenil iniciaron la **acción legal que dio lugar a un juicio o a una sentencia penal**. (Esto podría dar lugar a cambio en la determinación de la colocación en el registro para un informe no previamente puesto en el registro.)
- ◆ La misma persona ha sido confirmado responsable de abuso en los **18 meses anteriores**. Si hay cualquier informe anterior, la valoración actual será puesta en el registro si se confirma el abuso, porque la ocurrencia del abuso no fue aislada.
- ◆ La persona responsable del abuso **continúa planteando un peligro al** niño nombrado o a otro niño. Esto es determinado evaluando si el abuso era de menor importancia, aislado, y poco probable que ocurra de nuevo. Si el incidente no cumple estos tres criterios, la persona puede continuar planteando un peligro al niño nombrado o a otro niño y el incidente será colocado en el registro.

En resumen, todos los informes del abuso confirmados serán puestos en el registro como informes fundados a excepción de:

- ◆ Negación del cuidado crítico al no proporcionar la supervisión apropiada, cuando la peligrosidad del niño era menor, aislada y poco probable de ocurrir de nuevo.
- ◆ Negación del cuidado crítico al no proporcionar la ropa adecuada, cuando la peligrosidad del niño era menor, aislada y poco probable de ocurrir de nuevo.
- ◆ Abuso físico, cuando lesión al niño era menor, aislada y poco probable de ocurrir de nuevo.

### **Valoración de las fuerzas y de las necesidades de la familia**

El proceso de la valoración requiere una evaluación del funcionamiento, de las fuerzas, y de las necesidades de la familia. La participación de la familia es esencial. La información se recopila de miembros de familia para identificar fuerzas, las necesidades posibles de rehabilitación del niño y familia, y desarrolla el plan de acción. El proceso incluye generalmente una visita al hogar.

Como parte de la evaluación del funcionamiento de la familia, el departamento recopila información sobre:

- ◆ Ambiente del hogar
- ◆ Características del padre o cuidador
- ◆ Características del niño
- ◆ Violencia doméstica y abuso de sustancias
- ◆ Características sociales y ambientales

### **Preparación de informes y de formas**

Hay varios informes y formas que se generan como resultado de una valoración que ha iniciado proporcionando la notificación y la otra información relevante a los informadores, a los sujetos del informe, al fiscal del condado y a la corte juvenil.

#### **◆ Notificación de decisión de aceptación**

*El Aviso de la Decisión de Aceptación* proporciona la notificación escrita a todos los informadores obligatorios y permisivos sobre si un informe de abuso infantil fue aceptado o rechazado para valoración. Este formulario se llena y se envía al informador dentro de los cinco días laborables del recibo de un informe.

◆ **Notificación a los padres**

La forma *Notificación a los Padres* proporciona el aviso escrito a los padres de un niño que sea sujeto de una valoración de abuso infantil, dentro de los cinco días laborables de comenzar un valoración. Notifican a los padres custodios y no custodios si se conoce su paradero. El DHS debe por ley publicar esta notificación. Solamente la corte puede eximir la publicación del aviso.

◆ **Resumen de la valoración de protección del niño**

*El Resumen de la Valoración de los Servicios de Protección del Niño* proporciona la documentación de esfuerzos para determinar los alegatos del abuso y para determinar el funcionamiento del niño y de la familia. *El Resumen de la Valoración de los Servicios de Protección del Niño* está disponible para el informador obligatorio que hizo el informe, a petición. Los padres de custodios y no custodios reciben una copia del resumen a la terminación de la valoración. La valoración de seguridad y de riesgo se puede divulgar solamente con el permiso de los sujetos.

El resumen incluye el informe e información de disposición divididos en varias secciones.

◆ **Abuso informado.** Esta sección incluye los alegatos informados, incluyendo el nombre del niño, del supuesto responsable, y del tipo de abuso informado; y cualesquiera alegaciones adicionales recibidas mientras que se está haciendo la valoración.

◆ **Valoración de la seguridad del niño.** Esta sección incluye un valoración de la seguridad inmediata del niño, de acciones relacionadas con la seguridad, y una valoración del riesgo futuro del niño.

◆ **Resumen de contactos.** Esta sección incluye la identificación de la familia y del niño, con una lista de miembros del hogar por nombre, y la relación entre ellos. Describe la fecha y tiempo que el asunto del niño fue observado; el análisis razonado para usar el acceso confidencial, si fuera aplicable; y la prueba física referente a los alegatos del abuso. Identifica a los entrevistados (por nombre, fecha, y hora), incluyendo contactos colaterales y un resumen de sus observaciones.

Esta sección describe esfuerzos del DHS para localizar y para entrevistarse con a la persona sospechosa ser responsable del abuso y de los documentos pedidos y examinados por el DHS referente a los alegatos de abuso. Incluye la información sobre todos los incidentes anteriores de abuso infantil confirmados (fundado y confirmado no colocado en registro) que involucren a cualquier sujeto de la valoración actual y la información relevante de cualquier contacto anterior del DHS con el niño o la familia.

- **Determinación sobre si ocurrió el abuso.** Esta sección incluye la documentación para soportar si el abuso ocurrió; la identificación del tipo de abuso que ocurrió, eventualmente, y su severidad o significación; y la identificación del niño y de la persona responsable del abuso.
- **Análisis razonado para la colocación o la no-colocación en el registro.** Esta sección especifica por qué el informe se está o no colocando en el registro de abuso infantil. Se documentan las circunstancias específicas que requieren la colocación del informe en el registro.
- **Recomendación para la acción de la corte juvenil.** Esta sección contiene recomendaciones específicas al fiscal del condado con respecto a la iniciación (o a la continuación) de la acción de la corte juvenil, junto con el análisis razonado que sustenta la recomendación.
- **Recomendación para la acción del tribunal penal.** Esta sección contiene recomendaciones específicas al fiscal del condado con respecto a la iniciación de cualquier causa penal y el análisis razonado para esta recomendación, la referencia a cualquier valoración conjunta con la policía y el estado actual de una investigación penal, cuando los cargos se han archivado ya.

◆ **Aviso sobre valoración de abuso infantil**

*El Aviso de la Valoración de Abuso Infantil se entrega a los padres, guardas, custodios del niño, padre no custodio, el niño, el sospechoso de ser responsable del abuso, así como el informador obligatorio, cuando es aplicable, un administrador de la institución y otros trabajadores de protección del niño que asistieron a terminar la valoración, si los hay. El Aviso:*

- Indica que el proceso de la valoración está concluido y si los alegatos del abuso fueron fundados, confirmados o no confirmados.
- Enumera la recomendación para los servicios y el tribunal juvenil o penal.
- Proporciona información con respecto a las provisiones de confidencialidad relacionadas con la información de la valoración de abuso infantil y cómo solicitar una audiencia de apelación.
- Proporciona información en cómo obtener las copias del *Resumen de la Valoración de los Servicios de Protección del Niño*. Los informadores obligatorios pueden utilizar la forma del aviso para pedir una copia del resumen escrito de la valoración de sus alegaciones del abuso.

## **¿Qué sucede después de la valoración?**

Al cierre del proceso de la valoración protectora del niño, el trabajador de protección del niño determinará la elegibilidad y necesidad de servicios de la familia. La elegibilidad para los servicios se basa en la edad del niño, el riesgo de abuso o de reabuso, y los hallazgos de la valoración de abuso infantil. El DHS proporciona los servicios protectores a los niños abusados y descuidados y sus familias sin consideración alguna hacia los ingresos cuando hay un informe fundado de abuso infantil o con un orden judicial. Los recursos de la comunidad proporcionan los servicios de rehabilitación para la prevención y el tratamiento de abuso infantil a los niños y a las familias.

### **Recomendaciones de servicio y remisiones**

Durante o a la conclusión de una valoración de abuso infantil, el departamento puede recomendar la información, información y remisión, remisión al cuidado de comunidad, o los servicios proporcionados por el departamento. Si se cree que los servicios terapéuticos son necesarios para la protección del niño abusado o de otros niños en el hogar, se pedirá la intervención de la corte juvenil.

- ◆ **Información o información y remisión.** Las familias con los niños de cualquier edad que han confirmado o no abuso y poco riesgo de abuso recibirán información y remisión o información cuando:
  - No se identifica ninguna necesidad del servicio, y el trabajador no recomienda ningún servicio; o
  - Se identifican las necesidades del servicio, y el trabajador recomienda servicios nuevos o continuados para la familia que se proporcionarán a través de ayudas informales; o
  - Se identifican las necesidades del servicio, y el trabajador recomienda servicios nuevos o continuados para la familia que se proporcionarán a través de las agencias de la comunidad.
- ◆ **Remisión al cuidado de la comunidad.** A excepción de las familias de niños con un caso abierto por el servicio del departamento, la acción legal pendiente, o el abuso en un ambiente fuera-del-hogar, se hará una remisión al cuidado de comunidad a:
  - Las familias con niños cuyo abuso no se confirma que tiene riesgo medio a alto de abuso cuando se identifican las necesidades del servicio y el trabajador recomiendan cuidado de comunidad.
  - Las familias con niños que presentan abuso confirmado pero no fundado y riesgo moderado o elevado de abuso cuando se identifican las necesidades del servicio y el trabajador recomienda cuidado de comunidad.
  - Las familias con niños con abuso fundado, una víctima seis años de edad o más, y un bajo riesgo de abuso repetitivo cuando se identifican las necesidades del servicio y del trabajador recomienda cuidado de comunidad.

**Nota:** El “cuidado de comunidad” significa servicios y atención al niño y a la familia proporcionados a las familias referidas del departamento. Los servicios serán enfocados hacia mantener los niños de la familia seguros del abuso y el abandono; manteniendo a la familia intacta; previniendo la necesidad de la intervención adicional por el departamento, incluyendo el retiro del niño del hogar; y construyendo vínculos permanentes con recursos comunitarios que mejoran la seguridad, la salud, la estabilidad y el bienestar de las familias.

- ◆ **Remisión para los servicios del departamento.** Para las familias con niños que tienen abuso fundado y riesgo medio a alto de abuso y familias con niños menores de seis años que tienen abuso fundado y bajo riesgo de abuso, ofrecidos en forma voluntaria.
  - El trabajador recomendará servicios terapéuticos nuevos o continuados a la familia por parte del departamento, directamente o a través de agencias contratadas.
  - Referirán a las familias que rechazan servicios voluntarios para un niño que necesita ayuda a través de la corte juvenil.

Los servicios del DHS tales como servicios de ama de casa, clases paternales, cuidado de niños por descanso, acogida, ayuda económica, servicios psicológicos y psiquiátricos, y tratamiento de abusos sexuales se pueden proporcionar y se pueden proporcionar sin la implicación de la corte si el padre consiente a los servicios. Otras intervenciones se pueden ordenar por la corte.

Puede buscarse la intervención de la corte juvenil para intervenir en una emergencia para ubicar al menor en custodia protectora retirándolo del hogar o buscando la adjudicación del menor para ubicarlo bajo supervisión protectora de la corte juvenil dejando al niño bajo el cuidado y custodia del padre.

El trabajador de protección de valoración del niño evalúa continuamente la seguridad y el riesgo del niño mientras que conduce la valoración de alegatos del abuso. El trabajador de valoración puede considerar alternativas al retiro de un niño si éste fuera a recibir protección adecuada. Las opciones pueden incluir:

- ◆ Traer a parientes protectores al hogar del niño mientras que los padres salen del hogar.
- ◆ Iniciar servicios de enfermera de salud pública o de visitas de enfermería.
- ◆ Iniciar servicios de ama de casa o familiares.
- ◆ Implementar servicios intensivos, tales como preservación de la familia.
- ◆ Ubicar al niño en atención sustituta o de albergue voluntarias.
- ◆ Ubicar al niño voluntariamente con parientes o amigos.
- ◆ Obtener una orden judicial que requiere que la persona responsable del abuso deje el hogar, cuando otros miembros de familia estén dispuestos a proteger adecuadamente al niño.

Cuando las corte juvenil ordena que el supuesto responsable del abuso abandone la residencia del menor, puede presentarse una petición de niño en necesidad de ayuda dentro de los tres días siguientes. Si hay preocupaciones por la persona que tiene contacto con el niño que después el retiro de la persona del hogar, puede pedirse una orden de “ningún contacto” a través del fiscal del condado.

### **Retiro de un niño**

Las leyes de Iowa preven que un niño se colocará en custodia protectora en varias situaciones. El DHS no tiene una autoridad estatutaria “simplemente para retirar” a un niño del padre o del otro guardián. Las secciones del código de Iowa 272.78 - 232.79A esbozan los procedimientos para que un niño sea puesto en custodia protectora.

Los trabajadores de valoración no tienen la autoridad legal para retirar a niños de su hogar sin un orden judicial o un consentimiento paterno. Solamente un oficial de paz o un médico tratante puede retirar a un niño sin orden judicial si el retiro inmediato del niño es necesario para evitar peligro inminente a la vida o a la salud. Hay cuatro procedimientos legales para la retiro temporal de emergencia de un niño:

- ◆ [Retiro de emergencia por orden judicial ex parte](#)
- ◆ [Retiro de emergencia del niño por un oficial de paz](#)
- ◆ [Retiro de emergencia del niño por un médico](#)
- ◆ [Con el consentimiento del padre](#)

### **Retiro por orden judicial ex parte**

Un niño puede ser tomado en custodia como resultado de una **orden judicial ex parte** conforme a la sección 232.78 del código de Iowa, que indica:

1. La corte juvenil puede incorporar una orden ex parte que indicando a un oficial de paz o un oficial de la corte juvenil que tome custodia de un niño antes o después presentar una petición bajo capítulo 232 provisto que todo lo siguiente aplica:
  - a. La persona responsable del cuidado del niño está ausente, o aunque esté presente, se le pidió y se negó a consentir al retiro del niño y fue informado de un intento para solicitar una orden bajo esta sección, o hay causa razonable para creer que una solicitud de consentimiento pondría en peligro más adelante a niño, o hay causa razonable para creer que una solicitud de consentimiento hará al padre, al guarda, o a guardián legal escapar con el niño.
  - b. Aparece que el retiro inmediato del niño es necesario para evitar peligro inminente a la vida o a la salud del niño. Las circunstancias o las condiciones que indican la presencia de tal peligro inminente incluirán pero no se limitarán a cualquiera de las siguientes:

- (1) La negación o la falta de la persona responsable del cuidado del niño de cumplir la petición de un oficial de paz, del oficial de la corte juvenil, o del trabajador de la protección del niño para que tal persona obtenga y proporcione al solicitante los resultados de un examen físico o mental del niño. El pedido un examen físico del niño puede especificar la realización de una prueba médicamente relevante.
  - (2) La denegación o la falta de la persona responsable del cuidado del niño o de una persona presente en el hogar de la persona de cumplir con una petición de un oficial de paz, del oficial de la corte juvenil, o del trabajador de la protección del niño para que tal persona someta a y proporcione al solicitante los resultados de una prueba médicamente relevante de la persona.
- c. No hay suficiente tiempo para presentar una petición y de llevar a cabo una audiencia bajo la sección 232.95 del código de Iowa.
- d. La solicitud de la orden incluye una declaración de los hechos para apoyar los resultados especificados en los párrafos a, b, y c.
2. La persona que hace la solicitud para una orden afirmará que los hechos que demuestran allí son causa razonable para creer que el niño no puede tampoco ser devuelto al lugar en donde residía o colocado con el padre que no tiene cuidado físico del niño.
3. Excepto por una buena causa demostrada o a menos que devuelvan al niño más pronto al lugar en donde residía o se permita volver a la institución de cuidado infantil, se presentará una solicitud bajo este capítulo en el plazo de tres días de la emisión de la orden.
4. La corte juvenil puede incorporar una orden que autoriza a un médico o un hospital para proporcionar procedimientos médicos o quirúrgicos de emergencia antes de presentar una petición bajo capítulo 232 siempre que:
  - a. Tales procedimientos sean necesarios para salvaguardar la vida y la salud del niño; y
  - b. No haya suficiente tiempo para presentar una petición y de llevar a cabo una audiencia en la manera prevista en la sección 232.95.
5. La corte juvenil, antes o después de presentar una petición bajo capítulo 232, puede incorporar una orden ex parte que autoriza un médico o un hospital para conducir un examen físico externo a niño, o autorizando a un médico..., un psicólogo..., o un centro de salud mental de la comunidad... a conducir un examen mental del paciente externo, en caso de necesidad para identificar la naturaleza, el grado, y la causa de lesiones del niño, siempre que todos los los siguientes se apliquen:
  - a. El padre, el guarda, o el guardián legal están ausentes, o aunque estén presentes, se les pidió y se negaron a otorgar consentimiento escrito para el examen.
  - b. La corte juvenil ha emitido una orden ex parte que dispone el retiro del niño del hogar o una facilidad del cuidado infantil bajo esta sección.

- c. No haya suficiente tiempo para presentar una petición y de llevar a cabo una audiencia en la manera prevista en la sección 232.98.
6. Cualquier persona que pueda presentar una petición bajo capítulo 232 puede solicitar una orden para retiro temporal, o la corte de oficio puede emitir tal orden. Una persona apropiada señalada por la corte consultará con una persona que busca la orden del retiro, hará todos los esfuerzos razonables para informar al padre o a otra persona legalmente responsable del cuidado del niño sobre la solicitud, y hará las investigaciones que ayuden a la corte a decidir sobre tal solicitud.

La persona señalada por la corte presentará un informe escrito completo que provea todos los detalles de la conferencia del delegado con la persona que busca la orden del retiro, los esfuerzos del delegado para informar a los padres o otra persona legalmente responsable del cuidado del niño sobre la solicitud, cualquier investigación hecha por el delegado para ayudar a la corte a decidir sobre tal solicitud, y toda la información que el delegado haya comunicado a la corte. El informe será presentado en el plazo de cinco días de la fecha de la orden del retiro.

Si la corte no señala a ninguna persona apropiada que realice los deberes requeridos, a pesar de que la disposición de la sección 234.39 o cualquier otra de la ley, el padre del niño no será responsable de pagar el coste de cuidado y los servicios durante la duración de la orden del retiro.

7. Cualquier orden que autoriza el retiro temporal de un niño debe incluir:
  - a. Una determinación hecha por la corte sobre que la continuación del niño en el hogar sería contraria a su bienestar. Tal determinación se debe hacer caso por caso. Los argumentos para la determinación de la corte se deben documentar e indicar explícitamente en la orden. Sin embargo, preservar la seguridad del niño debe ser la consideración suprema de la corte. Si el peligro inminente a la vida o a la salud del niño existe a la hora de la consideración de la corte, la determinación no será un requisito previo al retiro del niño.
  - b. Una declaración que informa al padre del niño que las consecuencias de un retiro permanente pueden incluir la terminación de los derechos del padre con respecto al niño.

Si es juzgado apropiada por la corte, al ser informada que ha habido un retiro o una custodia de emergencia de un niño sin un orden judicial, la corte puede emitir una orden de acuerdo con la sección 232.78.

**Retiro de un niño por un oficial de paz o de un médico**

Un niño puede ser tomado en custodia sin una orden judicial conforme a la sección 232.79 del código de Iowa, que indica:

1. Un oficial de paz o el oficial de la corte juvenil puede tomar a un niño en custodia, un médico que trata a un niño puede mantener al niño en custodia, o un oficial de la corte juvenil puede autorizar a un oficial de paz, a un médico, o a un personal de seguridad médica a tomar a un niño en custodia, sin una orden judicial según sea necesario bajo la sección 232.78 y sin el consentimiento de un padre, de un guardián, o de un guardián siempre que lo siguiente aplique:
  - a. El niño está en una circunstancia o una condición que presenta un peligro inminente a la vida o a la salud del niño.
  - b. No hay suficiente tiempo para solicitar una orden bajo sección 232.78.
2. Si una persona autorizada por esta sección retira o retiene la custodia de un niño, la persona:
  - a. Traerá a niño inmediatamente a un lugar señalado por las reglas de la corte con este fin, a menos que la persona sea médico que trata al niño y el niño está o es admitido actualmente a un hospital.
  - b. Hará todos los esfuerzos razonables para informar al padre, al guardián, o al guardián la ubicación del niño.
  - c. De acuerdo con procedimientos establecidos por la corte, informará inmediatamente en forma oral a la corte el retiro de emergencia y las circunstancias que rodean el retiro.
  - d. En el plazo de 24 horas informará oralmente a la corte el retiro de emergencia de acuerdo con el párrafo “c”, informará a la corte por escrito del retiro de emergencia y de las circunstancias que rodean el retiro.
3. Cualquier persona, agencia, o institución que actúa de buena fé en el retiro o la custodia de un niño conforme a esta sección, y cualquier empleador de o persona bajo dirección de tal persona, agencia, o institución, tendrán inmunidad de cualquier responsabilidad civil o criminal que se pudiera contraer o imponer de otra manera como resultado de tal retiro o custodia.
4.
  - a. Cuando la corte es informada que ha habido un retiro o una custodia de emergencia de un niño sin una orden judicial, la corte ordenará el departamento de servicios humanos o el departamento juvenil de libertad condicional que haga todo esfuerzo razonable para comunicar inmediatamente al padre del niño o los padres o a otra persona legalmente responsables del cuidado del niño.

A la localización del padre del niño o los padres o la otra persona legalmente responsables del cuidado del niño, el departamento de servicios humanos o el departamento juvenil de libertad condicional, de acuerdo con procedimientos establecidos por la corte, informará inmediatamente en forma oral a la corte. Después de informar la corte, el departamento de servicios humanos o el departamento juvenil de libertad condicional proporcionará a la corte la documentación escrita de la información oral.

- b. La corte autorizará al departamento de servicios humanos o al departamento juvenil de libertad condicional para que un niño retirado sea devuelto si concluye que no hay un riesgo inminente a la vida y a la salud del niño al obrar así.

Si el departamento de servicios humanos o el departamento juvenil de libertad condicional recibe información que podría afectar a la decisión de corte con respecto a la vuelta del niño, al departamento de servicios humanos o al departamento juvenil de libertad condicional, de acuerdo con procedimientos establecidos por la corte, proporcionará inmediatamente la información oral a la corte. Después de informar la corte, el departamento de servicios humanos o el departamento juvenil de libertad condicional proporcionará a la corte la documentación escrita de la información oral.

Si no devuelven al niño, el departamento de servicios humanos o el departamento juvenil de libertad condicional hará inmediatamente una petición en el plazo de tres días después del retiro.

- c. Si es considerado apropiado por la corte, después de ser informada que ha habido un retiro o una custodia de emergencia de un niño sin una orden judicial, la corte puede emitir una orden de acuerdo con la sección 232.78.
5. Cuando ha habido un retiro o una custodia de emergencia de un niño sin una orden judicial, será realizado un examen físico del niño por un médico autorizado en el plazo de 24 horas de tal retiro, a menos que vuelvan al niño a su hogar en el plazo de 24 horas del retiro.

Un niño sin la supervisión adulta puede ser tomado en custodia conforme a la sección 232.79A del código de Iowa, que indica:

Si un oficial de paz determina que un niño no tiene supervisión adulta porque han arrestado o han detenido al padre del niño, al guardián, o a la otra persona responsable de su cuidado o se ha incapacitado inesperadamente, y que ningún adulto que sea legalmente responsable del cuidado del niño pueda ser ubicado dentro de un periodo de tiempo razonable, el oficial de paz intentará ubicar al niño con un pariente adulto, una persona adulta que cuide del niño, o de otra persona adulta que conozca al niño. La persona con quien se ubica al niño está autorizada para dar consentimiento para el tratamiento médico de emergencia del niño y no será responsable por ninguna acción que resulte de dar ese consentimiento.

A solicitud del oficial de paz, el departamento ayudará a hacer la colocación. La colocación no excederá un período de 24 horas y será terminada cuando localicen a una persona que sea legalmente responsable del cuidado del niño y tome la custodia.

Si una persona que es legalmente responsable del cuidado del niño no puede ser ubicada dentro del período de 24 horas o una colocación de acuerdo con esta sección es inasequible, se aplicarán las provisiones de la sección 232.79. Si la persona con quien colocan al niño cobra honorarios por el cuidado del niño, éstos se pagarán de los fondos proporcionados en la apropiación al departamento para el cuidado protector de niños.

### **Retiro con el consentimiento del padre**

Un padre, un guardián, o un custodio pueden consentir voluntariamente a la colocación de un niño en acogida. La colocación voluntaria debe ser por menos de 30 días. Se buscará acción legal si el niño no puede ser devuelto a casa.

Una colocación voluntaria puede ser apropiada cuando se espera que la necesidad de la colocación sea a corto plazo, por ejemplo durante la enfermedad del padre o para la intervención de crisis. Cuando un padre debe estar fuera del hogar por un período de tiempo limitado, hacer todo lo posible para ayudar a la familia a encontrar a los parientes o a los amigos que puedan asumir la responsabilidad temporal del niño como alternativa a la colocación de acogida.

### **Audiencias de la corte juvenil**

Las audiencias de la corte juvenil se llevan a cabo cuando retiran a los niños de la custodia de su padre o cuando el tratamiento o la supervisión del DHS de niños abusados o descuidados es necesaria porque los padres no desean o no pueden proporcionar tal tratamiento o supervisión.

Los padres son notificados inmediatamente si colocan a su niño bajo el cuidado de otros. Se debe pedir una audiencia en la corte juvenil en el plazo de tres días del retiro de un niño del cuidado de un padre. Se lleva a cabo una audiencia de la corte juvenil oportunamente para repasar la necesidad de la protección continua del niño con cuidado de albergue. Se proporciona a los padres en la audiencia de atención de albergue la oportunidad de presentar evidencia que su niño puede ser devuelto a casa sin peligro de lesión o del daño.

La corte se asegura de que protejan al padre y las derechas de los niños. Designarán a un abogado para representar el mejor interés del niño en estos casos. El abogado que representa al niño se llama guardián ad litem. La corte puede también designar a un abogado especial señalado por la corte (CASA) para que ayude informando a la corte sobre el progreso y recomendaciones del niño.

Los padres tienen derecho a un asesor legal. Si no pueden pagar un abogado, la corte designará uno.

Se llevan a cabo audiencias adicionales si la corte determina que el niño necesita su protección. En cada audiencia, la corte repasa los esfuerzos de los padres para remediar problemas y los servicios dispuestos para o proporcionados por el DHS para ayudar a los padres y a los niños.

### **Niño en necesidad de ayuda**

La sección 232.2, subdivisión 6 del código de Iowa, Define a un niño en necesidad de ayuda como: un niño soltero:

- a. Cuyo padre, guardián u otro custodio ha abandonado.
- b. Cuyo padre, guardián, otro custodio, u otro miembro del hogar en el cual el niño reside ha abusado o ha descuidado físicamente, o hay inminente probabilidad de abusar o descuidar al niño.
- c. Quién ha sufrido o es inminente la probabilidad de sufrir efectos dañinos como resultado de cualquiera de las siguientes:
  - (1) Lesión mental causada por los actos del padre, del guardián, o del custodio del niño.
  - (2) La falta del padre del niño, del guardián, del custodio, o de otro miembro del hogar en el cual el niño reside para ejercitar un grado de cuidado razonable en la supervisión del niño.
- d. Quién ha sido, o es inminente que sea abusado sexualmente por su padre, guardián, custodio u otro miembro del hogar en el cual el niño reside.
- e. Quién está necesitando tratamiento médico para curar, aliviar, o prevenir lesión o enfermedad seria y de quién padre, guardián o custodio no desea o no puede proporcionar tal tratamiento.
- f. Quién está necesitando el tratamiento para curar o para aliviar enfermedad mental o desorden serio, o daño emocional según lo evidenciado por ansiedad severa, depresión, retraimiento, o comportamiento agresivo hacia sí mismo u otros y cuyo padre, guardián, o custodio están poco dispuestos a proporcionar tal tratamiento.
- g. Cuyo padre, guardián, o custodio no ejercen un cuidado mínimo en suministrar al niño el alimento, la ropa, o el albergue adecuados y rechazan otros medios disponibles para proporcionar esos elementos esenciales.
- h. Quién ha cometido un acto delinciente como resultado de la presión, de la dirección, o de la aprobación del padre, del guardián, del custodio, o del otro miembro del hogar en el cual el niño reside.
- i. Quién ha sido el sujeto de o parte en actividades sexuales pagadas o quien posa para exhibición en viva o fotográfica u otros medios de reproducción o exhibición pictórica, que esté designada a atraer el interés lascivo y es claramente ofensiva; y tomado en conjunto, carece de valor literario, científico, político o artístico serio.

- j. Quién está sin el padre, el guardián, u otro custodio.
- k. Cuyo padre, guardián, u otro custodio, con buena causa desea de ser relevado del cuidado y de la custodia del niño.
- l. Quién por una buena causa desea que los padres del niño sean relevados del cuidado y de la custodia de éste.
- m. Quién está necesitando el tratamiento para curar o para aliviar dependencia química y Cuyo padre, guardián, u otro custodio no desea o no puede proporcionar tal tratamiento.
- n. Cuyo padre o guardián tienen una capacidad mental o condición, encarcelamiento, o abuso de la droga o de alcohol da lugar a que el niño no reciba cuidado adecuado.
- o. En cuyo cuerpo hay presencia de drogas ilegales como consecuencia directa y previsible de los actos o de las omisiones del padre, del guardián, o del custodio del niño. La presencia de la droga será resuelta de acuerdo con una prueba médicamente relevante según lo definido en la sección 232.73.
- p. Cuyo padre, guardián, u otro custodio hace uno de los siguientes: Fabrica ilegalmente una sustancia peligrosa en presencia de un niño. Permite con conocimiento tal fabricación de otra persona en presencia de un niño, o en presencia de un niño posee un producto que contiene efedrina, sus sales, los isómeros ópticos, las sales de isómeros ópticos, o pseudoefedrina, sus sales, isómeros ópticos, sales de isómeros ópticos, con la intención de utilizar el producto como precursor o un intermediario para una sustancia peligrosa.
  - (1) Para los propósitos de este párrafo “p”, “en presencia de un niño” significa la presencia física de un niño durante la fabricación o la posesión, la fabricación o la posesión ocurrieron en el hogar de un niño, en los terrenos, o en un vehículo de motor estacionado en los terrenos, o la fabricación o la posesión ocurrió bajo otras circunstancias en las cuales una persona razonablemente prudente sabría que la fabricación o la posesión se puede ver, oler, u oír por un niño.
  - (2) Con el fin de este párrafo “p”, la “sustancia peligrosa” significa cualquiera de los siguientes:
    - (a) Anfetaminas, sus sales, isómeros, o sales de sus isómeros.
    - (b) Metanfetaminas, sus sales, isómeros, o sales de sus isómeros.
    - (c) Un producto químico o una combinación de productos químicos que plantean un riesgo razonable de causar explosión, fuego, u otro peligro a la vida o a la salud de las personas que están en la vecindad mientras que el producto químico o la combinación de productos químicos se utiliza o se piensa usar en uno de los siguientes:
      - (i) El proceso de la fabricación de una sustancia ilegal o controlada.
      - (ii) Como precursor en la fabricación de una sustancia ilegal o controlada.
      - (iii) Como intermediario en la fabricación de una sustancia ilegal o controlada.

- q. Quien es un niño recién nacido cuyo padre ha renunciado voluntariamente a su custodia de acuerdo con el capítulo 233.

### **¿Cómo se trata la información de abuso infantil?**

La sección 235A.15 del código de Iowa establece que se mantendrá la confidencialidad sobre la información de abuso infantil, salvo que se autorice expresamente.

Bajo ley de Iowa, la “información de abuso infantil” incluye cualquiera o todos los datos siguientes mantenidos por el DHS en un manual o un sistema automatizado del almacenaje de datos e identificados individualmente:

- ◆ Datos del informe, incluyendo la información referente a una valoración de una alegación de abuso infantil en la cual el DHS ha determinado que el abuso alegado cumple con la definición de abuso infantil.
- ◆ Datos de la valoración, incluyendo la información referente a la evaluación del DHS de una familia.
- ◆ Datos de la disposición, incluyendo la información referente a una opinión o la decisión como la ocurrencia de abuso infantil.

**Nota:** La sección 232.71B, subdivisión 2 del código de Iowa, ordena que el DHS no revele la identidad del informador de abuso infantil en la notificación escrita a los padres o en ninguna otra forma.

El departamento retendrá el nombre de la persona que hizo el informe de abuso infantil sospechosa. Solamente la corte puede permitir que se revele del nombre de esa persona.

#### **Divulgación protectora**

El código de Iowa permite que el DHS divulgue que un individuo es mencionado en el registro de abuso infantil, el registro de abuso del adulto dependiente o se requiere para colocarse en el registro de delincuentes sexuales cuando sea necesario para la protección de un niño. La divulgación se puede hacer solamente a las personas que son sujetos de una valoración de abuso infantil.

#### **Disposición de informes**

La ley de Iowa limita el acceso a la información de abuso infantil a los individuos y a las entidades específicos dependiendo de la colocación del registro de abuso infantil. Todos los sujetos del informe y sus abogados tienen acceso a:

- ◆ Información contenida dentro del resumen de valoración de los servicios de protección del niño.

- ◆ Correspondencia o información escrita que pertenece al resumen de valoración de los servicios de protección del niño.

Una copia del *Resumen de Valoración de los Servicios de Protección del Niño* entero se proporciona automáticamente a los sujetos, incluyendo pero no se limita a los padres custodio y no custodio.

Si una persona con el acceso al *Resumen de Valoración de los Servicios de Protección del Niño* como resultado de la valoración actual no tiene acceso a toda la información enumerada de los resúmenes anteriores, la información inaccesible se suprime antes de proporcionar el resumen a esa persona.

**Nota:** La valoración de seguridad, el plan de la seguridad, y la valoración de riesgo de la familia se consideran datos de la valoración, y su difusión por ley es más restrictiva.

Una persona que sea sujeto de un informe de abuso infantil puede también recibir una copia del *Resumen de Valoración de los Servicios de Protección del Niño* para ese informe presentando una petición al departamento. Los sujetos pueden utilizar la *Petición de Información de Abuso Infantil* o el *Aviso de la Valoración de Abuso Infantil* para hacer esta petición.

Los informadores obligatorios pueden pedir un informe fundado usando cualquier forma. Recibirán un *Aviso de la Valoración de Abuso Infantil* cuando el informe de valoración se termina como informador del abuso. Los informadores obligatorios pueden también pedir informes fundados cuando están proporcionando cuidado o el tratamiento a una víctima, a sus familias o a la persona responsable del abuso.

El resto de los solicitantes deben utilizar la *Petición la Información de Abuso Infantil* para pedir una copia del informe de valoración.

### **Pedidos de corrección y apelaciones**

Un sujeto (niño, padre, guardián o guardián legal, autor supuesto) que siente que hay información incorrecta o errónea contenida en el *Resumen de Protección de Valoración de los Servicios del Niño*, o que discrepa con sus conclusiones, puede pedir una corrección del informe.

El sujeto debe someter una petición escrita en el plazo de seis meses de la terminación del *Resumen de Protección de Valoración del Niño*. Las peticiones se deben enviar a:

**Appeals Section  
1305 E Walnut St, 5<sup>th</sup> Floor  
Des Moines, Iowa 50319-0114**

Entonces se programa una audiencia administrativa y una audiencia previa. En la audiencia de evidencias el juez administrativo oirá el asunto. El juez administrativo puede también mantener, modificar, o revocar el hallazgo.

Un solicitante que no esté satisfecho con la decisión del juez administrativo puede apelar la materia ante la corte de distrito.

### **Acceso a la información de abuso infantil**

Otra función del registro de abuso infantil es aprobación de la difusión de la información de abuso infantil a las personas autorizadas a recibir esta información. La sección 235A.17 del código de Iowa indica que un recipiente autorizado de la información de abuso infantil no divulgue la información a cualquier persona.

El acceso a la información sobre abuso infantil se autoriza a:

- ◆ Sujetos de un informe (niño, padre, guardián o custodio legal, autor supuesto)
- ◆ El abogado de cualquier sujeto
- ◆ Un empleado o un agente del DHS que sea responsable de la valoración del informe de abuso infantil
- ◆ Otro personal del DHS cuando sea necesario para el desempeño de sus funciones públicas
- ◆ El informador obligatorio que divulgó el abuso
- ◆ El fiscal del condado
- ◆ La corte juvenil

El acceso a la información sobre abuso infantil también se autoriza a las personas implicadas en un valoración de abuso infantil (tal como un médico o un profesional de salud mental, un agente de la autoridad, o un equipo multidisciplinario).

El acceso a cierta información de abuso infantil se autoriza a los individuos, a las agencias, o a las instalaciones que proporcionan cuidado a un niño nombrado en un informe que incluya:

- ◆ Una autoridad de licenciamiento
- ◆ Una persona o agencia responsable del cuidado de una víctima o de un autor
- ◆ Un administrador de una institución médica psiquiátrica
- ◆ Un administrador de una institución de la acogida de niños
- ◆ Un administrador de una institución registrada o autorizada de cuidado de niños
- ◆ El superintendente del Iowa Braille y Sightsaving School

- ◆ El superintendente de la escuela para sordos
- ◆ Un administrador de un centro de salud mental de la comunidad
- ◆ Un administrador de una agencia que proporciona servicios conforme a un plan de gestión del condado
- ◆ Un administrador de una institución o de un programa operado por el estado, la ciudad o el condado proporcionando cuidado directo a los niños para los chequeos del expediente del aspirante y del empleado
- ◆ Un administrador de una agencia que proporciona los servicios domésticos y comunitarios de Medicaid de la renuncia para los chequeos del expediente del aspirante y del empleado
- ◆ Un administrador de una agencia del cuidado y remisión del de niños bajo contrato con el DHS
- ◆ Un administrador de un hospital para el chequeos del expediente del aspirante y del empleado

El acceso a la información de abuso infantil también se autoriza bajo algunas circunstancias relacionadas con los procedimientos judiciales y administrativos, por ejemplo:

- ◆ La corte juvenil
- ◆ Un funcionario de la corte juvenil
- ◆ Un abogado especial señalado por la corte
- ◆ Un testigo experto en cualquier etapa de una audiencia de apelación
- ◆ Una corte del distrito
- ◆ Un oficial de libertad condicional
- ◆ Un oficial de correccional de adultos
- ◆ Cada junta de examinadores y junta de licenciamiento
- ◆ Una corte o agencia que oiga una apelación para corrección de información de abuso de menores
- ◆ El departamento de Justicia para la revisión del comité de la revisión del procurador o la comisión de depredadores sexuales violentos

El acceso a cierta información sobre abuso infantil también se autoriza a otros bajo ciertas circunstancias, incluyendo:

- ◆ Una persona que conduce de buena fe la investigación de abuso infantil
- ◆ Personal del DHS para las funciones públicas
- ◆ Un empleado del DHS para los chequeos de registro de los empleados de las instituciones del estado

- ◆ Un empleado de registro o licenciamiento del DHS
- ◆ Un empleado de adopción del DHS
- ◆ El abogado del DHS
- ◆ Un investigador de adopción certificado
- ◆ Asistente social especializado en adopciones
- ◆ Una agencia de protección infantil de otro estado para servicios investigativos, terapéuticos o de adopción o de ubicación de acogida
- ◆ Juntas de revisión de acogida o para conducir una evaluación de chequeo de registro
- ◆ La Junta de examinadores educativos
- ◆ Una agencia de protección y defensa legalmente autorizada
- ◆ La Junta de Iowa para Tratamiento de Delincuentes Sexuales
- ◆ Una agencia licenciada de ubicación de niños para adopción
- ◆ El superintendente o delegado de un distrito escolar, o las autoridades de una escuela privada, para chequeo de registros de empleados y voluntarios.
- ◆ El Department of Inspections and Appeals para solicitudes de empleo

### **Responsabilidad civil y criminal con respecto a la información de abuso infantil**

Según la sección 235A.20 del código de Iowa, cualquier persona agraviada puede instituir una acción civil por daños bajo el capítulo 669 o 670 del código de Iowa o frenar la difusión de la información de abuso infantil en violación del capítulo 232 del código de Iowa.

Cualquier receptor que se demuestre que ha diseminado la información de abuso infantil o que ha pedido y recibido tal información con violación del capítulo 232, será responsable por los daños reales y los daños ejemplares para cada violación. El recipiente también será responsable por los costes de corte, los costos, y los honorarios del abogado contraídos por la parte accionante.

Las mismas penas se aplican a cualquier empleado del departamento que destruya con conocimiento datos de la investigación o de la valoración, a menos que sea de acuerdo con las reglas establecidas para la retención de la información de abuso infantil bajo sección 235A.18 del código de Iowa.

También, según la sección 235A.21 del código de Iowa, las siguientes personas son culpable de un delito menor serio bajo código penal de Iowa:

- ◆ Cualquier persona que pida, obtenga o intente obtener la información de abuso infantil bajo pretensiones falsas.
- ◆ Cualquier persona que comunique o intenta comunicar la información de abuso infantil a cualquier agencia o persona a menos que sea de acuerdo con las secciones 235A.15 y 235A.17 del código de Iowa.
- ◆ Cualquier persona en conexión con cualquier investigación autorizada conforme a la sección 235A.15 del código de Iowa que falsifique la información de abuso infantil o cualquier expediente referente a la información de abuso infantil.

Cualquier persona que con conocimiento, pero sin propósito criminal, comunique, o intente comunicar la información de abuso infantil excepto de acuerdo con las secciones 235A.15 y 235A.17 será culpable de un delito menor simple.

### **¿Qué entrenamiento necesitan los informadores obligatorios?**

La ley exige que los informadores obligatorios completen dos horas de entrenamiento durante sus primeros seis meses de empleo y dos horas cada cinco años después de eso.

La Asamblea General 2001 de Iowa estableció el requisito para la creación de un panel para la “revisión y la aprobación” de los planes de estudios obligatorios del entrenamiento del informador. El director del departamento de salud pública convocó un panel para satisfacer el mandato de la legislación.

La gente que trabaja en las clasificaciones de posición que bajo ley hacen de la persona un informador obligatorio de abuso infantil o de adulto dependiente pero no hacen que un plan de estudios obligatorio de entrenamiento del informador sea aprobado por una junta de autorización o de examen debe adquirir el entrenamiento aprobado por el panel. El Web site para la información es ([http://www.idph.state.ia.us/dir\\_off/abuseeducation/default.htm](http://www.idph.state.ia.us/dir_off/abuseeducation/default.htm)).

Los planes de estudios obligatorios de entrenamiento del informe se deben aprobar por el panel de revisión de la educación del abuso para satisfacer el requisito de entrenamiento mandado por el código de Iowa. Se obliga a los profesionales autorizados a terminar el entrenamiento requerido y aprobado por sus juntas de autorización y de examen respectivos o aprobado por el panel de revisión de educación sobre abuso.

Subdivisión 232.69 del código de Iowa (3) indica que:

- a. Para los propósitos de esta sección, de “junta de autorización” significa a una junta de examen señalada en [la sección 147.13 del código de Iowa], la junta de examinadores educativos creada en [la sección 272.2 del código de Iowa], o la junta de autorización según lo definido en [la sección 272C.1 del código de Iowa].

- b. Una persona que deba hacer un informe bajo la subdivisión 1, con excepción de un médico cuya práctica profesional no implique regularmente el proporcionar cuidado médico primario a los niños, completará dos horas de entrenamiento referente la identificación y la información de abuso infantil en el plazo de seis meses de empleo o de actividad por cuenta propia inicial que implica los exámenes, la asistencia, el asesoramiento, o el tratamiento de niños, sobre una base regular.

En el plazo de un mes de empleo o de actividad por cuenta propia inicial, la persona obtendrá una declaración de los requisitos de información del abuso de su empleador o, si es independiente, del departamento. La persona terminará por lo menos dos horas de identificación adicional y de informe de abuso infantil cada cinco años.

- c. Si la persona es empleada de un hospital o una institución similar, o de una institución, de una agencia, o de una institución pública o privada, el empleador será responsable de obtener la identificación de abuso infantil y de hacer el entrenamiento.

Si la persona es independiente, empleado en una profesión autorizada o certificada, o empleado por una institución o un programa que esté conforme a licencia, a la regulación, o a la aprobación de una Agencia Estatal, la persona obtendrá la identificación y la información de abuso infantil en la manera prevista en el párrafo “d”.

- d. La persona puede terminar los requisitos de entrenamiento inicial o adicional como parte de los siguientes según sean aplicables a la persona:
  - (1) Un programa de educación continuada requerido bajo [capítulo 272C del código de Iowa] y aprobado por la junta de autorización o de examen apropiado.
  - (2) Un programa de entrenamiento usando un plan de estudios aprobado por el panel de revisión de la educación sobre abuso establecido por el director de salud pública conforme [a la sección 135.11 del código de Iowa].
  - (3) Un programa de entrenamiento usando un plan de estudios aprobado ofrecido por el departamento de servicios humanos, del Departamento de Educación, de una agencia de educación del área, de un distrito escolar, de la academia de policía de Iowa, o de una agencia pública similar.
- e. Una junta de autorización con autoridad sobre la licencia de una persona obligada a hacer un informe requerirá como condición del licenciamiento que la persona esté de acuerdo con los requisitos para el entrenamiento del abuso bajo esta subdivisión. La junta de autorización exigirá a la persona a la renovación de la licencia que documente adecuadamente la culminación de los requisitos de capacitación.

Sin embargo, la junta de autorización puede adoptar las reglas que previenen la renuncia o la suspensión de los requisitos de conformidad, si la renuncia o la suspensión está en el interés público, aplicable a una persona que se contrate para servicio activo en el servicio militar de este estado o de los Estados Unidos, a una persona para los cuales la conformidad de los requisitos de entrenamiento impondría una dificultad significativa, o a una persona que esté practicando una profesión autorizada fuera de este estado o esté de otra manera conforme a las circunstancias que imposibilitarían a una persona encontrar abuso infantil en este estado.

- f. Para las personas obligadas a hacer un informe que no se contratan a una profesión autorizada que esté conforme a la autoridad de una junta de autorización pero son empleados por una institución o un programa conforme a licencia, registro, o aprobación por una Agencia Estatal, la agencia requerirá como condición de la renovación del licenciamiento de la institución o del programa, del registro, o de la aprobación, que tales personas empleadas por la institución o el programa estén de acuerdo con los requisitos de entrenamiento de esta sección.
- g. Para los oficiales de paz, el funcionario elegido o designado señalado como el jefe de la agencia que emplea la oficina de paz asegurará el cumplimiento de los requisitos de entrenamiento de esta sección.
- h. Para las personas que son empleados de los departamentos de estado y de las subdivisiones políticas del estado, el director del departamento o el principal administrador de la subdivisión política asegurarán el cumplimiento de los requisitos de entrenamiento de esta sección.

### **Preguntas de revisión**

Se le ha proporcionado toda la información necesaria para realizar todos los deberes y responsabilidades exigidos a un informador obligatorio de abuso infantil. Las preguntas siguientes son para acentuar los puntos claves en esta guía.

- P) *¿En qué año fue decretada inicialmente la ley de la información de abuso infantil?*  
R) 1978
- P) *¿Cuál es el propósito de la ley de la información de abuso infantil?*  
R) La ley de la información de abuso infantil es para proporcionar la protección a los niños animando la información de sospecha de abuso.
- P) *¿Qué Agencia Estatal es responsable de proporcionar servicios protectores a los niños?*  
R) El departamento de servicios humanos.
- P) *¿Quiénes son informadores obligatorios de abuso infantil?*  
R) Consideran informadores obligatorios a los profesionales que tienen contacto frecuente con los niños en el curso de su trabajo.
- P) *¿Qué campos emplean los informadores obligatorios típicamente adentro?*  
R) Salud, aplicación de ley, cuidado de niños, educación, salud mental, y trabajo social.
- P) *¿Qué entrenamiento se requiere para los informadores obligatorios de abuso infantil?*  
R) Todos los informadores obligatorios deben terminar dos horas de entrenamiento aprobado referente la identificación y a la información de abuso infantil en el plazo inicial de seis meses de empleo o de actividad por cuenta propia. Todos los informadores obligatorios también deben terminar por lo menos dos horas de identificación adicional y de información de abuso infantil cada cinco años.

P) *¿Cuál es la definición del niño por la ley de Iowa?*

R) Cualquier persona bajo edad de 18 años.

P) *¿Quiénes son autores típicos de abuso infantil?*

R) Los autores de abuso infantil vienen de todas las clases sociales, razas, religiones, y nacionalidades.

P) *¿Cuándo el DHS tiene la autoridad legal para conducir valoraciones de abuso infantil?*

R) Cuando la víctima es un niño, la supuesta víctima es sometida a una o más de las ocho categorías de abuso infantil, y el abuso es el resultado de los actos o de las omisiones de la persona responsable del cuidado del niño.

P) *¿Quién son gente “responsable del cuidado de un niño”?*

R) ♦ Un padre, guardián, o padre adoptivo.

♦ A pariente o cualquier otra persona con quien el niño reside, y los cuales asumen el cuidado o la supervisión del niño, sin referencia a la longitud del tiempo o a la continuidad de tal residencia.

♦ Un empleado o un agente de cualquier institución pública o privada que proporciona cuidado para un niño, incluyendo una institución, un hospital, una institución de cuidado médico, un hogar de grupo, un centro de salud mental, un centro residencial del tratamiento, una institución de cuidado de albergue, un centro de detención, o una institución de cuidado de niños.

♦ Cualque persona que proporciona el cuidado para un niño, pero con quién no reside el niño, sin referencia a la duración del cuidado.

Una persona que asume que la responsabilidad del cuidado o de la supervisión de un niño puede asumir esta responsabilidad con el acuerdo verbal o escrito, o implícito con la asunción voluntaria del papel cuidador.

P) *¿Cuándo consideran a un educador un guardián para un niño?*

R) Un profesor podría ser determinado como persona responsable de abuso infantil si el profesor está actuando en un papel cuidador, por ejemplo teniendo responsabilidades de la supervisión de un niño en un viaje de noche.

P) *¿Pueden los niños estar en un papel de guardián?*

R) Sí, un niño puede ser una persona responsable de abuso cuando el niño está actuando en un papel del guardián de otro niño, tal como una situación niñera.

P) *¿Cuáles son las nueve categorías de abuso infantil?*

- R)
1. Abusos físicos
  2. Abusos sexuales
  3. Prostitución infantil
  4. Lesión mental
  5. Negación del cuidado crítico
  6. Presencia de drogas ilegales
  7. Fabricación o posesión de una sustancia peligrosa
  8. Bestialismo en presencia de un menor de edad
  9. Cohabitar con un agresor sexual registrado

P) *¿Cuál es la definición de los abusos físicos?*

R) Cualquier lesión física no-accidental, o lesión que esté en desacuerdo con la historia dada de ella, sufrida por un niño como resultado de los actos o de las omisiones de una persona responsable de su cuidado.

P) *¿Cuál es la definición de lesión mental?*

R) Cualquier lesión mental a la capacidad intelectual o psicológica del niño, según lo evidenciado por una debilitación observable y substancial en la capacidad del niño de actuar dentro de la gama normal de funcionamiento y de comportamiento, como resultado de los actos o de las omisiones de una persona responsable del cuidado del niño, si la debilitación es diagnosticada y confirmada por un médico autorizado o un profesional de salud mental calificado.

P) *¿Cuáles son algunos ejemplos de lesión mental?*

- R) ♦ Ignorar al niño y no proporcionar el estímulo, la respuesta, y la validación necesarios de su valía en la rutina normal de la familia.
- ♦ Rechazar el valor, las necesidades, y el solicitud del niño frente a la validación y cariño de los adultos.
- ♦ Aislar al niño de la familia y de la comunidad; negándole el contacto humano normal.
- ♦ Aterrorizar al niño con asaltos verbales continuos, creando un clima de miedo, hostilidad, y ansiedad, así evitando que el niño adquiera sensaciones de seguridad.
- ♦ Corromper al niño animando y reforzando comportamiento destructivo, antisocial hasta que el niño esté tan deteriorado en el desarrollo del socioemocional que la interacción en ambientes sociales normales no sea posible.
- ♦ Asaltar verbalmente al niño con insultos constantes, excesivos, amenazas y expresiones sarcásticas que “minan constantemente” el amor propio del niño con humillación.
- ♦ Presionar demasiado al niño con la presión sutil pero constante para crecer rápido y para tener logros demasiado tempranos en lo académico, habilidades físicas o motoras o interacción social, haciendo sentir al niño que él o ella nunca es suficientemente bueno.

P) *¿Cuál es la definición de los abusos sexuales?*

R) La comisión de una ofensa sexual con o a un niño como resultado de los actos o de las omisiones de la persona responsable del cuidado del niño. La comisión de una ofensa sexual incluye cualquier ofensa sexual con o a una persona menor de 18 años.

P) *¿Cuál es la definición de la negación del cuidado crítico?*

R) La falta de parte de una persona responsable del cuidado de un niño de proveer el alimento, el abrigo, la ropa u otro cuidado necesario para la salud y el bienestar de niño cuando financieramente es capaz de hacerlo o cuando le son ofrecidos medios financieros razonables para ello.

P) *¿Cuáles son las ocho subcategorías de la negación del cuidado crítico?*

- R) 1. No proporcionar el alimento adecuado y la nutrición.  
 2. No proporcionar el abrigo adecuado.  
 3. No proporcionar la ropa adecuada.  
 4. No proporcionar cuidado médico adecuado.  
 5. No proporcionar cuidado médico mental.  
 6. No cubrir necesidades emocionales.

7. No proporcionar la supervisión apropiada.
  8. No responder ante condición peligrosa para la vida de un niño.
- P) *¿Qué preguntas son provechosas en la determinación de si dejan un niño solo en casa?*
- R) ♦ El niño tiene inhabilidades físicas, mentales, o emocionales?  
♦ Podría el niño salir de la casa sólo en una emergencia y tener un lugar seguro dónde ir?  
♦ El niño tiene un teléfono y sabe utilizarlo?  
♦ El niño sabe contactar a su guardián?  
♦ Cuánto tiempo dejarán el niño solo en casa?  
♦ Está el niño asustado por haber sido dejado sólo?  
♦ El niño sabe responder a una emergencia tal como fuego o lesión?
- P) *¿Cuál es la definición de la prostitución infantil?*
- R) La prostitución infantil son actos o las omisiones de una persona responsable del cuidado de un niño que permiten, o animan al niño a participar en actos de prostitución cuando el niño es menor de 18 años.
- P) *¿Cuál es la definición de la presencia de drogas ilegales?*
- R) La presencia de drogas ilegales es cuando una droga ilegal está presente en el cuerpo de un niño como consecuencia directa y previsible de los actos o de las omisiones de la persona responsable del cuidado del niño.
- P) *¿Cuál es la definición de la fabricación o de la posesión de una sustancia peligrosa?*
- R) La persona responsable del cuidado de un niño fabricó una sustancia peligrosa o, en presencia del niño, posee un producto que contenía efedrina, sus sales, isómeros ópticos, las sales de isómeros ópticos, o pseudoefedrina, sus sales, isómeros ópticos, sales de isómeros ópticos con la intención de utilizar el producto como precursor o intermediario para una sustancia peligrosa.
- P) *¿Cuál son los marcos de tiempo que un informador obligatorio debe seguir al hacer un informe de abuso infantil?*
- R) Si usted sospecha que han abusado a un niño, usted necesita informar oralmente al DHS en el plazo de 24 horas de enterarse de la situación. En el plazo de 48 horas siguientes, usted debe hacer un informe escrito al DHS.
- P) *¿Qué debe usted hacer si ve a un niño que está en peligro inminente?*
- R) Entrar en contacto inmediatamente con la agencia de la ley, después con el DHS.
- P) *¿Qué información debe estar en informes orales o escritos de abuso infantil?*
- R) ♦ El nombre y la dirección del niño y los padres u otras personas del niño consideradas responsables del cuidado del niño.  
♦ El actual paradero del niño.  
♦ La edad del niño.  
♦ La naturaleza y el grado de lesiones del niño incluyendo cualquier evidencia de lesiones anteriores.  
♦ El nombre, la edad, y la condición de otros niños en el mismo hogar.

- ◆ Cualquier otra información que usted crea puede ser provechosa en el establecimiento de la causa del abuso o de la negligencia del niño.
- ◆ La identidad de la persona o de las personas responsables del abuso o negligencia del niño.
- ◆ Su nombre y dirección.

P) *¿Cómo debe un informador obligatorio ocuparse de las ediciones del secreto?*

R) Las reglas alrededor de la confidencialidad y de la comunicación privilegiada se renuncian durante el proceso de la valoración.

P) *¿Los informadores obligatorios son responsables por daños ocurridos por un informe de abuso infantil?*

R) No, la ley de Iowa indica que cualquier persona que participa de buena fé en la elaboración de un informe de abuso infantil tendrá inmunidad de cualquier responsabilidad civil o penal que pudiera ser contraída o ser impuesta de otra manera. La persona tendrá la misma inmunidad con respecto a la participación de buena fé en el procedimiento judicial resultando del informe o referente al sujeto del informe.

P) *¿Qué sucede si un informador obligatorio no puede hacer un informe de abuso infantil?*

R) Bajo ley de Iowa hay sanciones civiles y del criminal por no reportar un abuso infantil. Cualquier persona, el funcionario, la agencia o la institución, que no lo haga con conocimiento y a voluntad o que interfiere con conocimiento con la fabricación de tal es culpable de un delito menor simple y es civilmente responsable por los daños causados por tal falta o interferencia.

P) *¿Qué sucede si alguien hace con conocimiento un informe falso de abuso infantil?*

R) Una persona que de o haga que se dé información falsa del DHS con respecto a un supuesto acto de abuso infantil, sabiendo que la información es falsa o que no ocurrió el acto, comete un delito menor simple.

Si el DHS recibe más de tres informes de la misma persona o que identifiquen a mismo niño como una víctima de abuso infantil o la misma persona como supuesto abusador, y el DHS determina que los informes son enteramente falsos o sin mérito, el DHS proporcionará la información referente a los informes al fiscal del condado para la consideración de cargos criminales.

P) *¿Qué está implicada en un valoración de abuso infantil?*

R) Un valoración de abuso infantil consiste en:

- ◆ Admisión
- ◆ Asignación del caso
- ◆ Evaluación del supuesto abuso
- ◆ Determinación sobre si ocurrió el abuso
- ◆ Ingreso del reporte en el registro de abuso infantil
- ◆ Valoración de fuerzas y necesidades de la familia
- ◆ Preparación de formas e informes

- P) *¿Cuándo son los piojos o la haraganería apropiados para un valoración de abuso infantil?*
- R) La peligrosidad causada por los piojos o haraganería no es tan alta como para que constituya una. Si hay otras condiciones presentes o la situación plantea un riesgo a la salud y al bienestar de niño, debe ser informada como abuso infantil. Incluso si el informe se rechaza para valoración, se pueden ofrecer otros servicios al niño y a la familia.
- P) *¿Cuál es el papel del informador obligatorio en la observación de un niño durante el proceso de la valoración?*
- R) Cuando la observación de un niño necesita ocurrir en la escuela o en una institución del cuidado de niños, la ley requiere al administrador de la institución o de la escuela proveer del trabajador de la protección del niño el acceso confidencial al niño.
- P) *¿Quién sabrá el nombre de la persona que hace un informe de abuso infantil?*
- R) El DHS salvaguardará la identidad del informador durante el proceso de la valoración. Sin embargo, el informador debe ser consciente que el secreto continuo no se puede garantizar si el informe da lugar a acción del Tribunal juvenil, civil, o Penal.
- P) *¿Quién será entrevistada durante un valoración de abuso infantil?*
- R) Entrevistas siempre que sea posible sea conducido con:
- ◆ La supuesta víctima – el niño
  - ◆ Los padres y otros adultos en el hogar
  - ◆ El supuesto autor
  - ◆ Fuentes colaterales, testigos, u otras partes con la información
- P) *¿Qué tipos de información se pueden recolectar durante un valoración de abuso infantil?*
- R) La documentación recolectada puede incluir, mas no limitarse a, las descripciones, las fotografías, los informes médicos y los expedientes, informes de centros de protección del niño, y cualquier otro informe pertinente, tal como evaluaciones mentales del centro de salud, expedientes de tratamiento, antecedentes penales, informes de la autoridad de la ley, y cintas de audio y video.
- P) *¿Cuáles son centros de la protección del niño?*
- R) Hay varios centros de la protección del niño a través del estado. Estos centros asisten a trabajadores de protección del niño en la determinación de algunos informes de abuso infantil. En la mayoría de los casos, estos centros proporcionan la evaluación médicas y valoraciones sicosociales de la víctima cuando hay alegatos de los abusos sexuales.
- P) *¿Cuál es el papel del equipo multidisciplinario?*
- R) Los equipos multidisciplinarios existen en los condados que tienen más de 50 informes de abuso infantil anualmente. Estos equipos funcionan como un grupo del asesoría y de la consulta para ayudar a trabajadores de la protección del niño en asuntos de resolución en relación con un caso durante el proceso de valoración.
- P) *¿En qué se basan las conclusiones de una valoración?*
- R) Las conclusiones de un valoración se basan en una evaluación de toda la información recopilada durante la valoración, incluyendo pruebas físicas, certificados justificativo, observaciones, y entrevistas de la víctima, del autor y de otros.

- P) *¿Cuál son las conclusiones que el trabajador protector puede alcanzar a la terminación de una valoración?*
- R) A la terminación de la valoración, el trabajador debe llegar a una de las conclusiones siguientes: El abuso no se confirma, se confirma (pero no se coloca el abuso en el registro de abuso infantil), o se funda el abuso (confirmado y colocado en el registro de abuso infantil).
- P) *¿Qué significan las conclusiones?*
- R) No confirmado significa que, basado en la evidencia creíble recolectada, el departamento determinó que no había una preponderancia de evidencia sobre la ocurrencia del abuso.  
Confirmado (pero no colocado en el registro de abuso infantil) significa que, basado en una preponderancia de toda la evidencia creíble disponible para el departamento, el alegato del abuso está confirmado; sin embargo, el abuso no será puesto en el registro de abuso infantil.  
Fundado (confirmado y colocado en el registro de abuso infantil) significa que, basado en una preponderancia de toda la evidencia creíble disponible para el departamento, el alegato del abuso está confirmado y él se coloca en el registro de abuso infantil.
- P) *¿Qué tipos de abuso se confirman pero no se ponen en el registro de abuso infantil?*
- R) Esto se aplica solamente a dos tipos de abuso, de abusos físicos donde la lesión no es accidental y de menor importancia, aislada y poco probable que ocurra de nuevo y negación del cuidado crítico (carencia de supervisión apropiada o carencia de la ropa adecuada) donde estaba de menor importancia el riesgo a la salud y al bienestar de niño, aislado y es poco probable que ocurra de nuevo.  
 Si el abuso era de menor importancia, aislado, y poco probable que ocurra de nuevo el abuso no se pone en el registro.
- P) *¿Qué tipos de abuso se fundan y se ponen en el registro de abuso infantil?*
- R) La mayoría de los informes confirmados se ponen en el registro como informes fundados. Esto incluye:
- ◆ Todos los casos que se refirieron para la acción del Tribunal juvenil o Penal
  - ◆ Abuso físico cuando la lesión no era de menor importancia o aislada o es probable que ocurra de nuevo
  - ◆ Toda la lesión mental
  - ◆ Todos los abusos sexuales a menos que el autor sea menor de 14 años y no plantee un peligro a otros niños
  - ◆ Negación del cuidado crítico cuando la lesión no era de menor importancia, o aislado o es probable que ocurra de nuevo
  - ◆ Toda la prostitución infantil
  - ◆ Toda la presencia de drogas ilegales
  - ◆ Cuando el autor continúa planteando una amenaza; o un incidente confirmado anterior de abuso ocurrió
  - ◆ Fabricación o posesión de una sustancia peligrosa
  - ◆ Bestialidad en presencia de un menor de edad
  - ◆ Cohabitar con un agresor sexual registrado

- P) *¿Qué significa una “preponderancia” de la evidencia?*
- R) Una preponderancia de la evidencia se define como mayor del 50% de la evidencia recolectada.
- P) *¿Qué notificaciones puede el informador obligatorio esperar recibir del DHS?*
- R) Notificación oral de la decisión de aceptación en el plazo de 24 horas de hacer el informe, la notificación escritas de la decisión de aceptación enviada dentro de 5 días laborables, la notificación de aceptación de la valoración enviada dentro de 20 días laborables, y una copia del informe fundado del abuso si se solicita.
- P) *¿Cuándo reciben los padres la notificación que se está conduciendo un valoración de abuso infantil?*
- R) La notificación escrita de que se está conduciendo un valoración será dada a los padres custodio y no custodio dentro de los cinco días laborables siguientes.
- P) *¿Quién recibe la notificación que la valoración está terminada y cuál es el resultado?*
- R) La notificación de la terminación de la valoración y el resultado será dada a la corte juvenil, el fiscal del condado, todos los sujetos del informe (la víctima alegada, los padres custodio y no custodio y el supuesto autor), y el informador obligatorio.
- P) *¿Los informadores obligatorios reciben una copia del informe de valoración automáticamente?*
- R) No, el informe se proporciona automáticamente a la corte juvenil, al fiscal del condado, al niño, y al padre custodio y no custodio.
- P) *¿Cómo reciben los informadores obligatorios una copia del informe de valoración?*
- R) Los informadores obligatorios pueden pedir la información de abuso infantil con respecto a un informe específico. Cualquier petición se debe hacer usando el formulario pedido de información de abuso infantil proporcionada por el DHS o el aviso de la valoración de abuso infantil que se envía al informador obligatorio cuando se termina la valoración.
- P) *¿Qué es el registro de abuso infantil?*
- R) El registro de abuso infantil fue establecido por la ley de Iowa y es mantenido por el departamento de servicios humanos. El registro de abuso infantil tiene varias funciones. Recopila la información sobre los casos en Iowa, ocurrencias de abuso infantil de la repetición de los expedientes de abuso infantil, difusión de los expedientes de abuso infantil, recoge la información para las apelaciones, y proporciona las comprobaciones de antecedentes para ciertos profesionales.
- P) *¿Cuanto tiempo están los sujetos de un informe fundado del abuso en el registro?*
- R) Los sujetos de los informes fundados de un abuso se ponen en el registro por diez años desde el informe más reciente.
- P) *¿Quién tiene acceso a la información de abuso infantil?*
- R) La ley de Iowa indica que el DHS no revelará la identidad del informador de abuso infantil en la notificación escrita a los padres o de otra manera. Solamente la corte puede obligar al DHS a revelar el nombre del informador. El nombre del informador se podría revelar durante otras acciones judiciales. La información sobre el registro de abuso infantil es confidencial y se puede acceder por las entidades, las agencias o los individuos autorizados especificados en ley.

- P) *¿Quién puede tomar custodia protectora de un niño?*
- R) La ley de Iowa otorga a la corte juvenil la capacidad de emitir una “orden ex parte” que ordena a un oficial de paz tomar custodia de un niño. Cuando el niño está en una circunstancia o una condición que presente un peligro inminente para la vida o salud del niño, y no hay tiempo para solicitar una orden judicial, la ley preve un oficial de paz para tomar a un niño en custodia o que un médico tratante mantenga al niño en custodia sin el consentimiento del padre, del guardián, o del custodio.
- P) *¿Cuándo llega a estar implicada la corte juvenil?*
- R) Las Audiencias de la corte Juvenil se llevan a cabo cuando se retira a los niños de la custodia de sus padres, o cuando la supervisión del tratamiento o del estado de niños abusados o descuidados es necesaria porque los padres no pueden no quieren proporcionar tal tratamiento o supervisión.
- P) *¿Cuándo procesan a la gente responsable de abuso criminal?*
- R) La causa criminal de una persona responsable de abuso infantil está en la discreción del fiscal del condado.
- P) *¿Cuándo se involucra la policía en una valoración de abuso infantil?*
- R) La agencia de la ley puede llegar a estar implicada en un valoración de abuso infantil en cualquier momento. Los casos de prostitución infantil, de homicidio, de abusos sexuales y de trauma severo requieren un valoración conjunta de la policía y el DHS.

## **Refugios seguros para recién nacidos**

### **¿Qué es la Safe Haven Act?**

Iowa se ha unido a otros 30 estados en la creación de refugios seguros para infantes. La Newborn Safe Haven Act (Iowa Code capítulo 233) es una ley que permite a los padres (o a otra persona con autorización de los padres) a dejar a un infante hasta de 14 días de edad en un hospital o institución de salud sin miedo a ser acusados de abandono.

### **¿Qué es un Refugio Seguro (safe haven)?**

Un “safe haven” es una instalación institucional de salud definida de acuerdo con la ley como:

- ◆ Un “hospital” según lo define el Código de Iowa Sección 135B.1, incluyendo una instalación que brinde servicios médicos o de salud, que está abierta 24 horas al día, 7 días a la semana y es una sala de emergencia hospitalaria; o
- ◆ Una “institución de atención en Salud” según lo define el Código de Iowa Sección 135C.1, incluyendo una instalación de cuidado residencial, una instalación de enfermería, una de cuidado intermedio para personas con enfermedad mental o una de atención intermedia para personas con retardo mental.

### **Inmunidad**

La ley provee inmunidad frente a la acusación por abandono para los padres (o una persona que actúe con autorización de los padres) que deje un infante en un hospital o una institución de salud.

La ley provee inmunidad de responsabilidad civil o penal para hospitales, instituciones de salud y personas empleadas por éstos que realicen los actos razonables necesarios para proteger la salud física y la seguridad del infante.

### **Más información**

Puede obtener más información:

- ◆ Entrando al sitio Web del departamento:  
<http://www.dhs.state.ia.us/safehaven/safehaven.asp>
- ◆ Leyendo la Safe Haven Act, Iowa Code Chapter 233. El código de Iowa está disponible en bibliotecas públicas y en línea en: <http://www.legis.state.ia.us/IowaLaw.html>

### **PROCEDIMIENTOS DE ALTA DE CUSTODIA DE NEONATO (NEWBORN SAFE HAVEN ACT)**

- 233.1 Newborn **safe haven** Act - definiciones.
- 233.2 Procedimientos de alta de custodia de neonato.
- 233.3 Inmunidad.
- 233.4 Derechos de los padres.
- 233.6 Educación e información pública.

## REPORT OF SUSPECTED CHILD ABUSE

### INFORME DE SOSPECHA DE ABUSO INFANTIL

Este formulario puede ser usado como el informe escrito que la ley exige a todos los informadores obligatorios que presenten ante el Department of Human Services después de un informe oral de sospecha de abuso de menores. Si su agencia tiene un formato de informe o carta formato que incluya toda la información solicitada en este formulario, puede usar el formato de su agencia en vez de este.

Llene tanta información bajo cada categoría como pueda. Envíe el formulario lleno a la oficina local del Department of Human Services dentro de las 48 horas siguientes al informe oral.

INFORMACIÓN FAMILIAR		
Nombre del niño	Edad	Fecha de Nacimiento
Dirección		
Teléfono	Escuela	Grado
Nombre del padre o guardián		Teléfono <i>(si es distinto al del niño)</i>
Dirección <i>(si es distinta a la del niño)</i>		
OTROS NIÑOS EN EL HOGAR		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CONDICIÓN
INFORMACIÓN SOBRE LA SOSPECHA DE ABUSO		
<p>En esta sección indique la fecha de sospecha de abuso; la naturaleza, grado y causa de la sospecha de abuso; las personas que se cree son responsables del abuso sospechado; evidencia de anteriores abusos y otra información pertinente necesaria para realizar la valoración. Use el reverso de este formulario si es necesario para completar la información solicitada arriba y para identificar personas que hayan sido informadas sobre el informe de abuso infantil, tales como el administrador del edificio, supervisor, etc.</p>		
INFORMACIÓN DEL INFORMADOR		
Nombre y cargo o empleo		
Dirección de la oficina		
Teléfono	Relación con el niño	
Nombres de otros informadores obligatorios que sepan del abuso		
Firma del informador	Fecha	





# STATE OF IOWA

CHESTER J. CULVER, GOVERNOR  
PATTY JUDGE, LT. GOVERNOR

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

## Child Abuse Assessment Parental Notification (Valoración de abuso de menores Notificación a los padres)

FECHA:

Incidente #:

RE:

De:

Trabajador de protección infantil		Número telefónico	
Dirección de la oficina	Ciudad	Estado	Cód post

Una valoración es un esfuerzo cooperativo entre el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services) y los miembros de la familia para identificar a un menor y a las fortalezas y debilidades de la familia para desarrollar un plan de acción para hacer frente a las preocupaciones identificadas. El código de Iowa Sección 232.71 exige que los padres de un niño sean notificados si se está realizando una valoración de abuso en relación con su hijo. El propósito de esta carta es notificarle que se está realizando una valoración de abuso de menores en relación con su hijo(a). Las leyes estatales exigen que el trabajador de protección de menores llene la valoración entro de los 20 días hábiles siguientes a la recepción del reporte. Usted recibirá un aviso de terminación del reporte de valoración. Es posible que usted ya haya sido contactado por el trabajador de protección de menores, cuyo nombre y teléfono se encuentran arriba. Le animamos para que brinde al trabajador de protección de menores toda la información sobre su hijo.

(Tipo de abuso imputado) \_\_\_\_\_ ha sido imputado.

Por favor revise el reverso de esta carta para información adicional sobre el proceso de valoración de abuso de menores. Si tiene preguntas o inquietudes, contacte al trabajador de protección de menores. Si esa persona no está disponible, por favor deje un mensaje o pida hablar con el supervisor del trabajador. Gracias.

**Blanco:** Padres  
470-3239(S) (7/08)

**Amarillo:** Expediente del Caso:

**IOWA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES (DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE IOWA)  
SERVICIOS DE VALORACIÓN DE PROTECCIÓN DE MENORES - UNA GUÍA PARA LAS FAMILIAS**

Las leyes de Iowa exigen que el Department of Human Services (DHS) adelante una valoración protectora de menores cuando alguien informe que un menor ha sido objeto de abuso por una persona responsable del cuidado de ese menor (cuidador). Los cuidadores pueden incluir a los padres, guardianes, padres sustitutos, niñeras y otros. Esta guía puede responder algunas de sus preguntas sobre el proceso de valoración.

**¿QUÉ ES EL ABUSO DE MENORES?** Las leyes de Iowa identifican nueve tipos de abuso de menores. Estos son: (1) Abuso físico - heridas que no son accidentales o que no tienen una explicación que se ajuste a la herida. Dar palmadas a un niño no se considera abuso físico, a menos que deje moretones u otra herida. (2) Daño mental - daño intelectual o psicológico que cause una limitación observable y sustancial. (3) Abuso sexual - actividad sexual entre un menor y su cuidador, o permitir que el menor sea abusado sexualmente. (4) Prostitución infantil - permitir o promover que un menor se involucre en prostitución. (5) Negación de atención crítica (también llamada abandono) - falta de alimentos, vestuario, posada u otro cuidado necesario para el bienestar de un menor. Esto puede incluir falta de atención médica necesaria o falta de supervisión cuando éstas expongan al menor a un peligro o daño importante. (6) Presencia de una droga ilegal en el cuerpo de un menor - una droga ilegal se encuentra en el cuerpo de un menor debido a actos u omisiones de un cuidador. (Esto puede ocurrir a través de la ingesta de la droga por la boca, o por inhalación pasiva de humo). (7) Bestialismo - realizar actos de bestialismo en presencia de un menor. (8) Fabricación o posesión de una sustancia peligrosa con la intención de fabricar una sustancia peligrosa - poner a los niños en peligro por fabricación de drogas ilegales o por estar en poder de químicos peligrosos con el objeto de fabricar drogas ilegales. (9) Cohabitar con un ofensor sexual registrado

**¿QUIÉN PRESENTÓ ESTE INFORME?** Las leyes de Iowa no permiten que el trabajador de protección infantil revele esta información. Sin embargo, usted tiene derecho a saber qué imputaciones se han hecho.

**¿QUÉ PASARÁ SI NO COOPERO?** Si el trabajador de protección infantil no puede hablar con usted ni con los miembros de su familia acerca del incidente reportado, la valoración tendrá que completarse sin información que sólo usted puede suministrar en relación con el supuesto abuso y en relación con las fortalezas y preocupaciones de su familia.

**¿CUÁNTAS PERSONAS TENDRÁN QUE VERSE INVOLUCRADAS?** Las personas que tengan la información acerca del reporte pueden ser contactadas. El trabajador de protección infantil tiene que llenar un resumen escrito acerca de todos los reportes recibidos por el Departamento, en los que el menor hubiera podido ser sumeto de abuso. Usted y su familia es posible que tengan que participar en un proceso de valoración y se harán intentos razonables para incluir su información, opinión y deseos en el informe escrito.

**¿CUÁL ES EL POSIBLE RESULTADO DE UNA VALORACIÓN?** En muchos casos, el servicio de valoración terminará y su caso se cerrará. Para situaciones en las que usted y/o su trabajador de protección infantil determinen que se necesitarán apoyos o servicios adicionales, éstos pueden desarrollarse durante la valoración. En algunas instancias, usted y su familia recibirán servicios continuados a través del Department of Human Services. Solo cerca de un 2% de los casos terminan en el retiro del menor del hogar familiar. Un retiro se considera el último recurso y únicamente ocurre en situaciones en las que el menor sea gravemente lastimado o pueda recibir heridas serias y el cuidador no pueda o no quiera proteger al menor. Usted recibirá un aviso escrito sobre la terminación de la valoración. Para las familias que reciban los servicios de valoración, ellas también recibirán una copia del resumen escrito que describe el incidente reportado y que identifica las fortalezas y preocupaciones de su familia. Este resumen escrito también puede incluir una recomendación sobre servicios o apoyos adicionales. En la mayoría de los casos, esta recomendación reflejará su insumo y sus deseos. Los abusos que cumplan con criterios específicos serán ingresados en el Registro estatal de Abuso de Menores.

**Si tiene más preguntas, contacte a su trabajador de protección infantil cuyo nombre y teléfono aparecen en el otro lado de este formulario.**

**Child Abuse Assessment Parental Notification, Form 470-3239 and 470-3239(S)**

Purpose	The purpose of forms 470-3239 and 470-3239(S) is to notify parents that a child protective assessment has been initiated regarding their child.
Source	The English version of this form may be completed using the template available through the Document Generator (DOCM) screen on the STAR system.  Print the Spanish version of this form from the sample in the manual and complete it by hand.
Completion	The assessment worker completes the form and mails it to the parents of a child within five working days of initiating a child protective assessment.  If sending the parental notification is likely to endanger the child or other persons, consult with supervisory staff regarding how to proceed.
Distribution	Send one copy to the parents of the child.  Make no distinction between custodial and noncustodial parents of a child. Notify both using this form.  Maintain a copy in the case file.
Data	The STAR system enters: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The parent's name and address in the box provided.</li><li>◆ The date of notification.</li><li>◆ The incident number.</li><li>◆ The name of the child subject.</li><li>◆ The child protective worker's name, office phone number, and office address.</li><li>◆ The type of abuse alleged.</li></ul>

**Child Abuse Multidisciplinary Team Agreement, Form 470-0639**

Purpose	The purpose of form 470-0639 is to formulate an agreement between the Department and professionals to provide a coordinated response to child abuse reports and services.
Source	This form may be completed on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.
Completion	<p>Complete the form during the formation of a multidisciplinary team, before the dissemination of any individual child abuse information.</p> <p>All parties of the multidisciplinary team must sign, with final approval being the service area manager or designee.</p> <p>All parties must resign each agreement at least annually, beginning one year from the effective date noted on the agreement.</p>
Distribution	The service area manager or designee maintains the original agreement. Furnish one copy to each member of the team and one copy to the child protection services multidisciplinary team coordinator in the Division of Child and Family Services.

Page 28 is reserved for future use.

**CHILD CARE ASSISTANCE ELIGIBILITY WORKSHEET**

**1. Is the family income eligible?**

- Count all sources of income.

Income	First Parent	Second Parent
Source 1		
Source 2		
Source 3		
Source 4		
Total Income		
Grand Total		

- Compare total family income to the income limits in the following chart.

Family Size	<u>MONTHLY GROSS INCOME</u>	
	<u>Column A</u> (Basic care)	<u>Column B</u> (Special needs care)
1 member	\$1257	\$1734
2 members	1692	2334
3 members	2127	2934
4 members	2562	3534
5 members	2997	4134
6 members	3432	4734
7 members	3867	5334
8 members	4302	5934
9 members	4737	6534
10 members	5172	6915

**2. Does each parent in the family meet at least one of the needs for service?**

- Employed at least 28 hours per week.
- Attending school full time
- Seeking employment (limited to one month)


**3. Eligible for CCA?**

- Does the family meet criteria in #1?
- Does the family meet criteria in #2?


**4. Refer to CCA?       Yes       No**

**CHILD CARE ASSISTANCE ELIGIBILITY WORKSHEET  
(HOJA DE ELEGIBILIDAD PARA CHILD CARE ASSISTANCE)**

**1. ¿Es elegible el ingreso de la familia?**

- Cuento todas las fuentes de ingreso .

Ingreso	Primer padre	Segundo Padre
Fuente: 1		
Fuente: 2		
Fuente: 3		
Fuente: 4		
Ingreso total		
Gran total		

- Compare el ingreso familiar total con las limitaciones al ingreso del cuadro siguiente

Tamaño de la familia	<b>INGRESO BRUTO MENSUAL</b>	
	Columna A (Atención básica)	Columna B (Atención de necesidades especiales)
1 miembro	\$1257	\$1734
2 miembros	1692	2334
3 miembros	2127	2934
4 miembros	2562	3534
5 miembros	2997	4134
6 miembros	3432	4734
7 miembros	3867	5334
8 miembros	4302	5934
9 miembros	4737	6534
10 miembros	5172	6915

**2. ¿Cada padre de la familia cumple nos por lo menos con una de las siguientes necesidades de servicio?**

- Employed at least 28 hours per week.
- Asisten a la escuela tiempo completo
- En búsqueda de empleo (limitado a un mes).


**3. ¿Elegible para CCA**

- ¿La familia cumple con los criterios del numeral 1?
- ¿La familia cumple con los criterios del numeral 2?


**4. ¿Remitido a CCA?       Sí       No**

**Child Care Assistance Eligibility Worksheet, Form 470-4057 and 470-4057(S)**

Purpose	Form 470-4057 or 470-4057(S) provides a means to determine if an adoptive family should be referred to the Child Care Assistance Program.
Source	Print or photocopy the English or Spanish version of this form from the samples in the manual.
Completion	The worker completes this form during the subsidy negotiation process using information obtained from the family.
Distribution	Keep a copy in the child's record and give a copy to the adoptive family.
Data	The form examines income and service need criteria for Child Care Assistance.

**Iowa Department of Human Services**  
**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

Nombre del caso		
Dirección:	Teléfono de casa	Otro Teléfono:
Incidente #:	Fecha de terminación:	Fecha de modificación:
Fecha de entrada:	Trabajador de protección infantil	Nombre del condado/condado #:

Hallazgos de valoración: <input type="checkbox"/> No confirmado <input type="checkbox"/> Confirmado, no ingresado al registro <input type="checkbox"/> Con fundamento <input type="checkbox"/> Adendo al resumen anterior	Hallazgos de valoración de seguridad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> Condicionalmente seguro	Si es condicionalmente seguro, fecha de terminación del plan de seguridad  Si es inseguro, fecha de retiro: <input type="checkbox"/> Solicitud de retiro, negada por la corte <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Relativo <input type="checkbox"/> No Relativo <input type="checkbox"/> Custodia de emergencia.
---	--	--

Composición del hogar					
Sexo: Masculino (M), Femenino (F)					
Nombre	FDN	Sexo	Papel	FACS#	Comentarios

**Iowa Department of Human Services**  
**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

Padre que no tiene la custodia		
Nombre:	FDN:	Padre de:
Dirección:		Teléfono:

Otros involucrados en la valoración – no del hogar					
Nombre	FDN	Sexo	Papel	FACS#	Comentarios

Persona que se ha determinado es responsable del abuso <i>(llene sólo si se confirmó el abuso)</i>				
Nombre:	FDN:	Papel:	FACS#	Sexo:
Dirección:		Teléfono de casa		
		Teléfono del trabajo:		

<b>Tipo de alegato de entrada:</b>		
<input type="checkbox"/> Abuso físico	<input type="checkbox"/> Daño mental	<input type="checkbox"/> Abuso sexual
<input type="checkbox"/> Negación de atención crítica	<input type="checkbox"/> Prostitución de menores	<input type="checkbox"/> Presencia de drogas ilegales
<input type="checkbox"/> Fabricación / posesión de sustancias peligrosas con intención de fabricación	<input type="checkbox"/> Bestialismo en presencia de un menor	<input type="checkbox"/> Cohabitar con un ofensor sexual registrado

Incidente abusivo reportado: <i>(Dé una breve descripción de la imputación de abuso)</i>

Iowa Department of Human Services  
**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

Resumen de reportes pasados confirmados o con fundamento que involucran a las personas					
Fecha	Incidente #:	Persona responsable	Tipo:	Víctima	Hallazgo

Resumen de reportes pasados confirmados o con fundamento que involucran a las personas					
Fecha	Incidente #:	Persona responsable	Tipo:	Víctima	Hallazgo

Resumen de los contactos			
Acceso confidencial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, dé una justificación:			
Fecha De Contacto	Hora de Contacto	Tipo de contacto	Contacto (Nombre, ubicación/afiliación, teléfono)
Resumen del contacto			
Fecha De Contacto	Hora de Contacto	Tipo de contacto	Contacto (Nombre, ubicación/afiliación, teléfono)
Resumen del contacto			

Iowa Department of Human Services  
**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

Resumen del adendo a los contactos (se muestra sólo si está en estado de adendo)

Acceso confidencial:  Sí  No

En caso afirmativo, dé una justificación:

Fecha De Contacto	Hora de Contacto	Tipo de contacto	Contacto (Nombre, ubicación/afiliación, teléfono)

Resumen del contacto

Fecha De Contacto	Hora de Contacto	Tipo de contacto	Contacto (Nombre, ubicación/afiliación, teléfono)

Resumen del contacto

Hallazgos y determinación de imputaciones de abuso (liste los factores por empleado manual)

Resumen del adendo a los contactos (se muestra sólo si está en estado de adendo)

Iowa Department of Human Services  
**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

**Ubicación en el registro**

Nombre del niño:	Persona responsable	Tipo de abuso	Hallazgo de la valoración:

Justificación:

**Resumen y análisis de valoraciones de seguridad/riesgo identificadas:**

**Resumen del adendo y análisis de valoraciones de seguridad/riesgo identificadas:**

Fecha de modificación:

**Nivel de riesgo calificado: El nivel de riesgo calificado de la familia en el puntaje más alto del instrumento de descuido o del de abuso.**

<u>Puntaje de descuido</u>	<u>Puntaje de abuso</u>	<u>Nivel de riesgo calificado</u>
Nivel de riesgo final:	Bajo	Moderado      Alto

**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

Fortalezas/necesidades (enfrentar el funcionamiento familiar identificado a través de la valoración del riesgo, la valoración de seguridad y la e abuso)		
Hallazgos de la valoración del dominio funcional de la familia – Fortalezas, debilidades y problemas lligados a los dominios de funcionamiento de la familia.		
<b>Bienestar del niño</b>		
Salud mental del niño(s)	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Comportamiento del(los) niño(s)	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Desempeño escolar	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Relación con el/los padre(s) cuidador(es)	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Relación con el/los hermano(s)	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Relación con compañeros	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Motivación/Cooperación para mantener la familia	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		
<b>Capacidades de los padres</b>		
Supervisión del menor	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Prácticas disciplinarias	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Oportunidades de desarrollo/enriquecimiento	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Salud física del padre/cuidador	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Salud mental del padre/cuidador	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Uso de drogas y alcohol del padre/cuidador	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		
<b>Seguridad familiar</b>		
Ausencia/presencia de abuso físico de menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ausencia/presencia de abuso sexual de menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ausencia/presencia de abuso emocional de menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ausencia/presencia de abandono de menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ausencia/presencia de violencia doméstica entre los padres/cuidadores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		
<b>Interacciones familiares</b>		
Lazos con los menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Expectativas de los niños	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Apoyo mutuo al interior de la familia	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Relación entre padres/cuidadores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		

**Iowa Department of Human Services**  
**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

Ambiente en el hogar		
Estabilidad de vivienda	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Seguridad en la comunidad	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Habitabilidad del hogar	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ingresos/empleo	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Manejo financiero	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Alimentación/nutrición	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Higiene personal	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Transporte	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ambiente educativo	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		

Fortalezas/necesidades del adendo (enfrentar el funcionamiento familiar identificado a través de la valoración del riesgo, la valoración de seguridad y la de abuso)		
Hallazgos de la valoración del dominio funcional de la familia – Fortalezas, debilidades y problemas ligados a los dominios de funcionamiento de la familia.		
Bienestar del niño		
Salud mental del niño(s)	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Comportamiento del(los) niño(s)	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Desempeño escolar	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Relación con el/los padre(s) cuidador(es)	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Relación con el/los hermano(s)	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Relación con compañeros	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Motivación/Cooperación para mantener la familia	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		

Capacidades de los padres		
Supervisión del menor	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Prácticas disciplinarias	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Oportunidades de desarrollo/enriquecimiento	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Salud física del padre/cuidador	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Salud mental del padre/cuidador	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Uso de drogas y alcohol del padre/cuidador	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		

Seguridad familiar		
Ausencia/presencia de abuso físico de menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ausencia/presencia de abuso sexual de menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ausencia/presencia de abuso emocional de menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ausencia/presencia de abandono de menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ausencia/presencia de violencia doméstica entre los padres/cuidadores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad

**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

Narrativa y comentarios		
Interacciones familiares		
Lazos con los menores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Expectativas de los niños	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Apoyo mutuo al interior de la familia	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Relación entre padres/cuidadores	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		
Ambiente en el hogar		
Estabilidad de vivienda	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Seguridad en la comunidad	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Habitabilidad del hogar	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ingresos/empleo	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Manejo financiero	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Alimentación/nutrición	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Higiene personal	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Transporte	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Ambiente educativo	<input type="checkbox"/> Fortaleza	<input type="checkbox"/> Necesidad
Narrativa y comentarios		

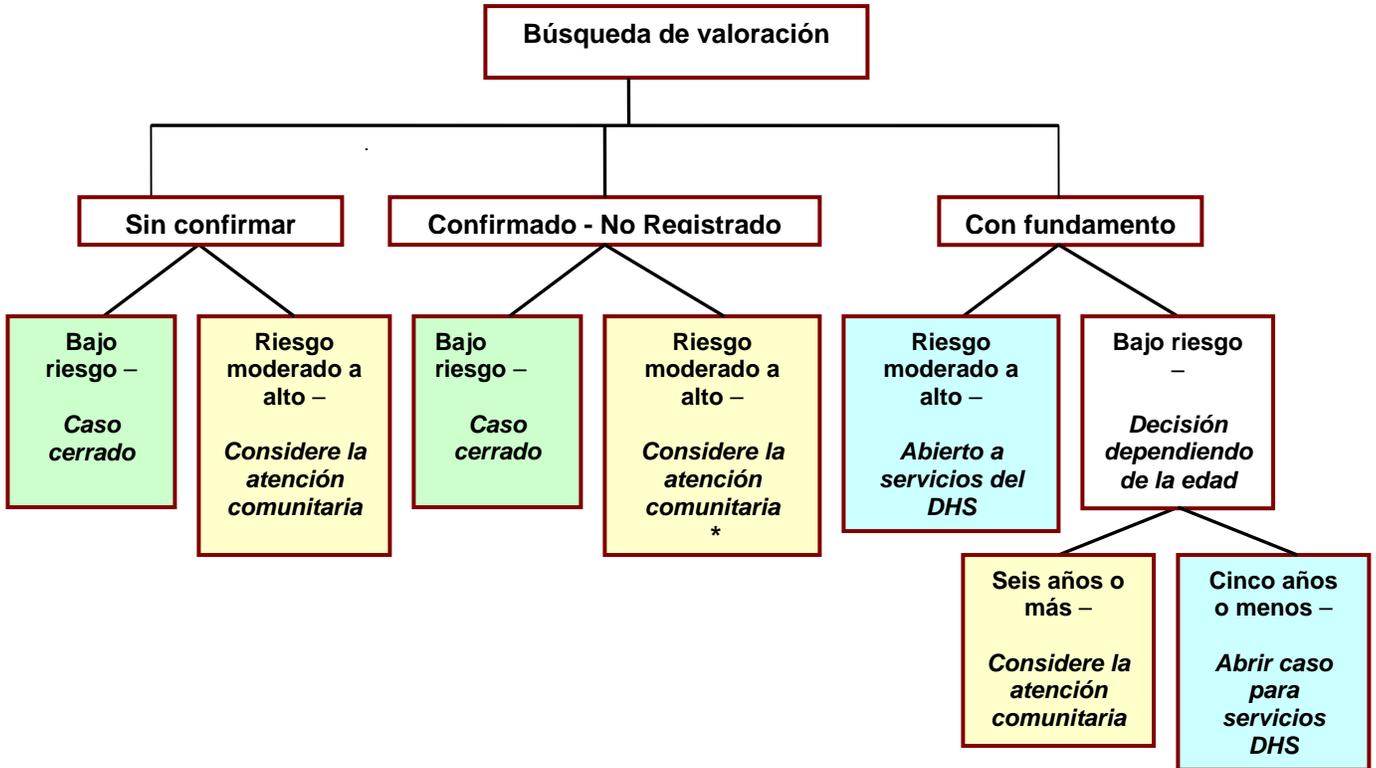
Recomendaciones de servicio

Recomendaciones para intervención de la corte:		
Jurisdicción	Fecha	Tipo de acción solicitada:
Juvenil		
Penal		

## Child Protective Services Assessment Summary (Resumen de valoración de servicios de protección de menores)

¡Esta página no se imprimirá con el reporte de resumen de valoración CPS!

Árbol de soporte a la decisión de disposición del caso



\*\*La única excepción para no remitir a los **servicios del DHS** en una valoración con fundamento Es aquellas valoraciones en los que el abuso ocurrió dentro y fuera del ambiente del hogar como Guardería, PMIC u hospital y el padre no tenía conocimiento previo del abuso imputado.

La siguiente es una lista de las razones de excepción para no remitir al **Cuidado Comunitario**:

- \*\*Que ya participe en los servicios del DHS excluyendo el subsidio de adopción.
- \*\*Acción judicial por el DHS.
- \*\*Un padre que no desea aceptar el cuidado comunitario
- \*\*Un abuso ocurrido dentro y fuera del hogar.
- \*\*La familia no necesita ayuda para evitar abusos futuros.
- \*\*La familia no necesita apoyo adicional más allá de los actuales sistemas formales/de información.

\* Si el caso cumple con los criterios para remisión a cuidado comunitario, conduzca la consideración de necesidad.

**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

¿La familia necesita ayuda para evitar incidentes de abusos futuros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si ha respondido afirmativamente a todas, remítase a la atención comunitaria.
¿La familia necesita apoyo adicional más allá de los actuales sistemas formal o informal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Desea el padre ser remitido a los servicios comunitarios de atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Iowa Department of Human Services  
**Child Protective Services Assessment Summary**  
**(Resumen de valoración de servicios de protección de menores)**

Transferencia de caso	Fecha de remisión
<input type="checkbox"/> CPW a Gerente o Supervisor de caso de trabajo social Para: _____ : _____	
<input type="checkbox"/> Community Care Para: _____	
<input type="checkbox"/> Información y remisión Para: _____	
<input type="checkbox"/> Información únicamente Para: _____	

<b>Aprobación</b>	
Firma del CPW:	Fecha:
Firma del supervisor:	Fecha:

CC: Fiscal del condado  
 Corte juvenil

Fecha de envío:  
 Fecha de envío:

**Child Protective Services Assessment Summary, Form 470-3240 and 470-3240(S)**

**Purpose** Form 470-3240 or 470-3240(S) provides identifying information about the child subject and the household in which the child subject resides. The form assesses the child subject's safety at the same time that an evaluation of the incident reported is conducted.

This summary addresses the abuse reported and the determination of whether abuse occurred. If abuse is confirmed, the summary identifies the child subject and the person responsible for the abuse and indicates whether the incident requires placement on the Central Abuse Registry.

The form also documents the assessment of the family's needs and strengths, recommendation for services, and court intervention as indicated.

**Source** The English version of form 470-3240 is available for completion through the Case Flow home page.

Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.

**Completion** The child protective worker completes this form, with approval and sign-off by the supervisor.

**Distribution** Automatically provide the summary to the juvenile court, the county attorney, the child being assessed, and the child's parent (custodial and noncustodial) or guardian.

Provide the summary upon request and completion of request form for child abuse information to:

- ◆ The person alleged to be responsible for the abuse
- ◆ The mandatory reporter who made the report (for reports placed on the Central Abuse Registry only)

Data

Asterisked \* items are generated by the STAR database system if information has been entered into STAR. Case name, address, phone, incident number, completion date, addendum date are pulled from HOME screen.

- \* **Report Information:** Intake date, child protection worker, county name/county number (pulled from HIM screen).
- \* **Assessment Findings:** Findings are pulled from ALEG screen and the STAT screen after completion of assessment and data entry. Exception: Safety assessment findings (generated by Case Flow home page for incident) and worker entry.
- \* **Household Composition:** (pulled from HOME screen)
- \* **Non-Custodial Parent:** (pulled from COMA screen)
- \* **Others Involved in the Assessment – Not in Household:** (pulled from COMA screen). This field prints only if information is entered.
- \* **Person Determined Responsible for the Abuse:** Complete only if abuse is confirmed (pulled from ZAPP screen).
- \* **Intake Allegation Type:** (pulled from ALEG screen)
- \* **Abuse Incident Reported:** (pulled from ALEG screen)

**Summary of Previously Confirmed or Founded Reports**

**Concerning Subjects:** (pulled from STAR and ACAN for all victims, parents, and perpetrators). If the victim (on a prior report) is not a subject of the current report, the victim's name will be displayed as "confidential."

When parental rights have been terminated and a child abuse incident occurred before the termination, refer to the parents as "biological parents" rather than using their names.

**Summary of Contacts:** Include in this section:

- ◆ Whether confidential access was used and your rationale and justification according to policy for using confidential access, if applicable.

- ◆ A list of people you contacted in conducting the assessment (subjects, family members, and other collateral sources) and their role or position with the child or family.
- ◆ Date, time, and type of contact and the contact name, location and phone.
- ◆ The date and time you observed the child subject or your efforts to observe the child.
- ◆ Your rationale for delaying observation of the child beyond 1 or 24 hours or for not observing the child, if applicable.
- ◆ Physical evidence pertaining to the abuse allegations.
- ◆ Identification of those interviewed and a summary of their remarks.
- ◆ Your efforts to locate and interview the person alleged to be responsible for the abuse, if unavailable while conducting the assessment.
- ◆ Documents requested and examined pertaining to the abuse allegations.
- ◆ Relevant information from any previous Department contact with the child or family, including information obtained from child abuse Registry checks and Department case files.
- ◆ Findings from other states, if the family has lived elsewhere.

**Summary of Contacts Addendum:** When you reasonably believe that additional pertinent information will be available or additional relevant contacts will be made, indicate on the summary that you will complete an addendum.

Complete the "Summary of Contacts" related to the addendum. This field will appear only if an addendum is in progress.

**Findings and Determination of Abuse Allegations:**

Determine if abuse occurred.

- ◆ List the factors that must be proven for each type of abuse and state your conclusions and rationale.
- ◆ Enter your finding of not confirmed, confirmed, or founded.

### **Findings and Determination of Abuse Allegation**

**Addendums:** Document the factors that must be proven for the type of abuse and state your conclusions and rationale. This field will appear only if an addendum is in progress.

**Placement on Registry:** (pulled from STAT screen) Enter child's name, the person responsible, the abuse type, your assessment finding, and justification whether the report meets the specifications for placement on the Registry.

**Justification:** For Registry placement, you must document the existence of one or more necessary circumstances that require placement of the report on the Registry.

For confirmed reports that are not placed on the Registry, document the justification for nonplacement.

NOTE: Reports that may be confirmed but not placed on the Registry are confirmed reports of denial of critical care through lack of supervision or lack of adequate clothing, or physical abuse that has been determined to be minor, isolated, and unlikely to reoccur according to policy.

For unconfirmed reports, document what factor of abuse was not evidenced.

### **Summary and Analysis of Safety/Risk Assessments:**

Provide a narrative description of the safety/risk factors identified:

- ◆ Document a full description of information gathered regarding the safety of and risk to the child.
- ◆ Address safety factors identified in the safety assessment and the related family functioning domains associated with the safety factor. Document the safety decision and any actions taken to address safety issues.
- ◆ Document risk factors indicated on risk assessment relating to risk of abuse or reabuse.

Analysis may include the information gathered for the completion of safety and risk assessments such as:

- ◆ How long or how frequently abuse has occurred.
- ◆ Whether the caretaker responsible for the abuse accepts responsibility.
- ◆ Willingness and ability of a caretaker not responsible for the abuse to protect the child.
- ◆ The frequency, severity, and type of abuse.
- ◆ Factors or situations contributing to the abuse.
- ◆ The risks of child abuse for the child subject and any other children.

**Scored Risk Level:** The neglect, abuse, and scored risk levels will be pulled in from the *Family Risk Assessment* completed through the Case Flow home page for the incident. If the *Family Risk Assessment* has not been completed, levels will not appear in these three sections.

The final risk level score is pulled from the STAT2 screen in STAR. The STAR system uses this score to determine what the client's service eligibility is in based on findings, age, and risk.

**Strengths/Needs (Address family functioning domains identified):** Document your assessment of the family's strengths and needs, using the family functioning domains:

- ◆ Child well-being
- ◆ Parental capabilities (includes use of drugs or alcohol)
- ◆ Family safety (includes domestic violence)
- ◆ Family interactions
- ◆ Home environment

Identify domains as a strength or need. Address in the narrative section strengths and needs under each specific subsection that applies to the family. It is not necessary to address every item listed. Address items that are relevant to the given situation. You are not limited to only the items listed.

Review and consider information gathered from child and family interviews, collateral contacts, DHS service records, and all prior child abuse assessments.

**No Protective Concerns:** Where there are no identified protective concerns, summarize the strengths that support this conclusion. Remember to identify where the information was obtained (DHS case file, observation, family members, etc.)

**Recommendations for Services:** Address the actions developed jointly with the family to address identified needs. The plan of action should relate directly to the presenting problems and your analysis of family functioning:

- ◆ Consider if there are current resources, services, and supports available to the family that can meet the family's needs and increase protection for the child.
- ◆ Identify services and supports provided to the family that have failed to prevent the child's abuse or reabuse.
- ◆ Consider if caretakers refuse needed services or supports despite protective concerns, increasing children's risk.
- ◆ Document your recommendation for services.

**Addendum to Analysis of Safety/Risk Factors:** Use this section to update or edit the assessment after completion of original report. This header will print only if an addendum date has been entered in STAR.

**Recommendations for Court Involvement:** Enter your recommendations for juvenile or criminal court involvement.

- ◆ If you recommend juvenile court involvement, include:
  - A summary of the status of any current juvenile court involvement if the child is already adjudicated or adjudication is pending.
  - Your specific recommendations to the county attorney on the initiation or continuation of juvenile court action.
  - Your rationale to support that recommendation (e.g., family with founded abuse has refused offer of DHS services).

- ◆ If you do not recommend juvenile court involvement, include under "type of action" your rationale to support that recommendation (i.e., court is not recommended as abuse was not confirmed, or confirmed or founded and low risk).
- ◆ If you recommend criminal court involvement, include:
  - Reference to any joint assessment with law enforcement.
  - The status of the criminal investigation, when charges have already been filed in a matter.
  - Your specific recommendation to the county attorney regarding the initiation of any criminal prosecution.
  - Your rationale to support that recommendation.

**Case Disposition Decision Support Tree:** The age of youngest victim, the finding of the child abuse assessment, and the family risk score determine the family's eligibility for information, information and referral, community care, or DHS services.

Enter the responses to the three questions if the family meets criteria for consideration of a community care referral. This tool will not print if the print preview is selected.

**Case Transfer:** The referral date will automatically fill from STAR. Select the case transfer option based on service eligibility decision.

**Signature Line:** The supervisor and child protective worker signatures are automatically filled in based on approval in STAR.

**Community Care Explanation and Referral, Form 470-4128 and 470-4128(S)**

Purpose	<p>The <i>Community Care Explanation and Referral</i> is used when offering families a referral to Mid-Iowa Family Therapy Clinic, Inc. for community care services.</p> <p>The form includes an <i>Authorization to Obtain or Release Health Care Information</i>, which is a two-way release form used to get the permission of the client or the client's legally authorized representative to share health information with the community care contractor.</p>
Source	<p>Complete either the English or Spanish version of this form on line using the templates available in the state-approved forms folder on Outlook, which also include form 470-3951 or 470-3951(S), <i>Authorization to Obtain or Release Health Care Information</i>.</p>
Completion	<p>The child protective worker completes these forms during the child abuse assessment process to determine if the family wishes to be referred to Mid-Iowa Family Therapy Clinic for community care services. The family must sign and date the authorization form to consent to the release of information.</p> <p>Upon receipt of the signed <i>Authorization to Obtain or Release Health Care Information</i>,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Enter the release of obtained field and referral date on STAT screen in the STAR system.</li><li>◆ Go to Case Flow and sending the referral to community care via the automated system process.</li></ul>
Distribution	<p>Mail the <i>Community Care Explanation and Referral</i> to the family along with the <i>Authorization to Obtain or Release Health Care Information</i>. Print a copy of the form and keep it in the child protective case file.</p>

**Counseling Affidavit, Form 470-3164 and 470-3164(S)**

Purpose	<p>Form 470-3164 or 470-3164(S) is used to document to the court that birth parents were provided with an opportunity to receive information and a minimum of three hours of counseling before they signed a release of custody.</p> <p>Only certified adoption investigators, mental health professionals, private agency staff, or Department staff shall provide counseling to parents.</p> <p>To qualify as a counseling provider, mental health professionals, private agency staff, and Department staff must have two years of adoption work experience in the direct provision of adoption services.</p>
Source	<p>Print or photocopy the English or Spanish version of this form from sample in the manual.</p>
Completion	<p>The person who offered or provided counseling to parents prepares this form after the birth of the child and before the signing of a release of custody, or the filing of a petition for termination of parental rights under Iowa Code Chapter 600A.</p> <p>When termination of parental rights is initiated under Iowa Code Chapter 232 and the parents indicate to Department workers that they wish to sign a release of custody of their child, contact the county attorney to determine if the counseling requirement applies.</p>
Distribution	<p>Make three copies of the completed form. Attach a copy to the release of custody, along with documentation that the person providing the counseling is qualified to provide counseling.</p> <p>Give a copy of the affidavit to the parents and maintain a copy in the child's case file.</p>
Data	<p>Complete either section 1 or section 2, depending on whether the family accepted or refused counseling.</p>

Iowa Department of Human Services  
**COUNSELING AFFIDAVIT**  
**(DECLARACIÓN JURADA DE ASESORÍA)**

ESTADO DE IOWA  
CONDADO DE \_\_\_\_\_

Yo, (Nombre/trato) \_\_\_\_\_ Certifico que:

1. En cumplimiento del Código de Iowa 600A.4. la siguiente persona brindó tres horas de asesoría:

(Nombre del proveedor de asesoría) \_\_\_\_\_

El (fecha) \_\_\_\_\_, a (nombres de los padres) \_\_\_\_\_

Padres biológicos de (nombre del menor) \_\_\_\_\_

Nacido el (fecha) \_\_\_\_\_. La asesoría concernía a

la decisión de (nombre de los padres) \_\_\_\_\_ acerca de

Divulgación de información de (nombre de niño) \_\_\_\_\_ para

Adopción y que cobra las siguientes áreas;

- a. Alternativas disponibles a la adopción.
- b. Derechos legales de padres biológicos.
- c. Ayuda para resolver problemas emocionales relacionados con la separación y pérdida.

**-O-**

2. En cumplimiento del Código de Iowa 600A.4. la siguiente persona brindó tres horas de asesoría:

El (fecha) \_\_\_\_\_, a (nombres de los padres) \_\_\_\_\_

Padres biológicos de (nombre del menor) \_\_\_\_\_

Nacido el (fecha) \_\_\_\_\_, en relación con la decisión de divulgar

Información de (nombre de niño) \_\_\_\_\_ para adopción.

(nombre de los padres) \_\_\_\_\_,

Se negaron a aceptar asesoría el (fecha)

Se adjunta la documentación sobre mi calificación para asesorar en estas circunstancias.

Firma \_\_\_\_\_

Firmado y jurado ante mí el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario público en y para

(Condado) \_\_\_\_\_

(Estado) \_\_\_\_\_

**Criminal Record Case Codes**

<b>Criminal Cases</b>	
Code	Case Type Name
AG	Aggravated misdemeanor
AR	Criminal appeal
CO	Associate (court)
CR	Criminal
CY	Associate (court)
FE	Felony
NT	Non-scheduled traffic violation
OW	Operating while intoxicated
SM	Simple misdemeanor
SR	Serious misdemeanor
ST	Scheduled traffic

<b>Civil Cases</b>	
Code	Case Type Name
AC	Civil law
AP	Small claims appeal
CD	Civil dissolution of marriage
CN	Name change
CV	Civil
DACV	Civil domestic abuse
DM	Dissolution of marriage
DR	Civil domestic relations
EQ	Civil equity
FP	Civil equity
CI	Civil infraction
LA	Civil law
LF	Foreign judgment
PC	Post conviction relief
SC	Small claims
SP	Civil equity
TJ	Foreign judgment
US	Uniform support

<b>Probate Matters</b>	
Code	Case Type Name
ES	Estate
GC	Guardianship/conservatorship
GR	Guardianship
GV	Conservatorship
TE	Estate
TO	Other
TP	Without present administration
TR	Trust
TS	Small estate

<b>Juvenile Matters</b>	
Code	Case Type Name
JD	Juvenile delinquency
JJ	Juvenile court intake
JO	Juvenile other
LJI	Juvenile court services intake

<b>Other Abbreviations</b>	
Code	Case Type Name
DNU	Old code no longer in use or replaced by new code section
FPTC	Final pre-trial court hearing
IPTC	Initial pre-trial court hearing
JW	Jury
LN	Liens
N	Liens
NT	License suspension
SP	Seized property
SW	Search warrant
TJ	Transcript of judgment
TR	Trial court date

**DHS Criminal History Record Check, Form 595-1396 and 595-1396(S)**

Purpose	<p><i>DHS Criminal History Record Check</i>, form 595-1396 or 595-1396(S), is used to request a check for criminal records on any person believed to be responsible for abuse or alleged abuse to a child.</p> <p>The Division of Criminal Investigations (DCI) in the Iowa Department of Public Safety also uses this form to report the results of the record check.</p>
Source	<p>The English version of this form is printed in pads of 50 two-part carbonized sets. The Spanish version is printed in individual sets. Order supplies from Iowa Prison Industries in Anamosa.</p>
Completion	<p>Department child protection staff initiate this form when there is an indication that a person may have a criminal record that may yield a determination of risk to a child.</p> <p>You do not need the person's permission or signature to conduct a criminal history check. Obtain the person's signature acknowledging that a record check will be conducted when it is necessary to acquire information on a deferred judgment disposition or arrests without a disposition over 18 months old.</p>
Distribution	<p>Mail the white copy to the Division of Criminal Investigations at the address listed on the form, or fax a copy to DCI at 515-725-6080. Keep a copy of each form in the originating office until the original is returned.</p> <p>The Department of Public Safety returns the form to the submitting office when the record check is completed. Retain the original in the protective assessment case record. Destroy the copy.</p>
Data	<p>The form is designed to be used with a window envelope for mailing to the DCI</p>

**STATE OF IOWA  
DHS CRIMINAL HISTORY RECORD CHECK  
FORM B**

**TO: Iowa Division of Criminal Investigations  
Bureau of Identification, 1st Floor  
215 E 7th Street  
Des Moines, Iowa 50319**

**FROM:**

**PURPOSE:**     Child Day Care 237A.5, 237A.20       Adoption 600.8(1)(2)       Child Abuse 232.71  
 Foster Care/Group Foster Care 237.8       Institutions/Facility 218.13       Juvenile Homes 232.142

**REQUEST**

I am requesting an Iowa criminal history (CCH) check on:

Last Name	First Name	Middle Name
Maiden Name	Sex	Social Security Number
Date of Birth	Signature of Requester	

**RESULTS**

As of \_\_\_\_\_ (date) a name and date of birth check revealed:

CCH record attached

No CCH record found

DCI Initials \_\_\_\_\_

**WAIVER**

(see reverse side)

I hereby give permission for the above requesting official to conduct an Iowa criminal history check with the Division of Criminal Investigation. Any information maintained by the DCI may be released as allowed by law.

Signature	Date
-----------	------

White: Submit to DCI or to County/Region Day Care

Yellow: Control Copy

**WAIVER:**

Iowa law does ***not*** require waiver. However, without a waiver any arrest over 18 months old ***without*** a disposition, cannot be given to a non-law enforcement agency.

Deferred judgments where DCI has received notice of successful completion of probation also cannot be given out to non-law enforcement agencies without a signed waiver.

**General Information:**

The information requested is based on ***name*** and ***exact date of birth only***. Without fingerprints a ***positive*** identification cannot be assured. If a person disputes the accuracy of information maintained by the Department, they may challenge the information by writing to the address on the front of this form or personally appearing at DCI headquarters during normal working hours.

The records maintained by the Iowa Department of Public Safety are based upon reports from other criminal justice agencies and therefore, the Department cannot guarantee the completeness of the information provided.

The criminal history check is of the Iowa Central Repository only. No other state or federal agency records can be searched under current law.

In Iowa, a deferred judgment is not considered a conviction once the defendant has been discharged after successfully completing probation. However, it should be noted that a deferred judgment may still be considered as an offense when considering charges for certain specified multiple offense crimes, i.e., second offense OWI. If a disposition reflects that a deferred judgment was given, you may want to inquire of the individual his or her current status.

Any questions in reference to Iowa criminal history records can be answered by writing to the address on the front of this form or calling (515) 725-6066 between 8:00 a.m. and 4:30 p.m., Monday through Friday.

If the “No CCH record found” box is checked, it could also mean that information in the file is not releasable per Iowa law without a waiver.

**Reminder:**

Each agency, other than day care, should submit a self-addressed envelope with their requests. This will expedite the process.

**FORM B IS FOR THE SPECIFIC PURPOSE SET OUT ON THE FRONT. COURT ORDERED HOME STUDY MUST SUBMIT FORM A WITH PAYMENT.**

**Estado de Iowa  
DHS CRIMINAL HISTORY RECORD CHECK  
FORMA B**

**A: Iowa Division of Criminal Investigations  
Bureau of Identification, 1st Floor  
215 E 7th Street  
Des Moines, Iowa 50319**

**De:**

**PURPOSE:**     Child Day Care 237A.5, 237A.20       Adoption 600.8(1)(2)       Child Abuse 232.71  
 Foster Care/Group Foster Care 237.8       Institutions/Facility 218.13       Juvenile Homes 232.142

**PETICIÓN**

Yo estoy pidiendo una historia criminal de Iowa (CCH) revisión de:

Apellido (Obligatorio)	Primer Nombre (Obligatorio)	Segundo Nombre (Recomendado)
Apellido de Soltera	Genero (Obligatorio)	Número de Social Security
Firma Nacimiento	Firma Del Peticionario	

**RESULTS**

As of \_\_\_\_\_ (date) a name and date of birth check revealed:

CCH record attached

No CCH record found

DCI Initials \_\_\_\_\_

**RENUNCIA**  
(ver página dos)

Yo en esta forma doy permiso para que el oficial arriba mencionado lleve a cabo un chequeo de historia criminal con el Division of Criminal Investigations. Cualquier información mantenida por el DCI puede ser liberada conforme es permitido por ley.

Firma	Fecha
-------	-------

White: Submit to DCI or to County/Region Day Care

Yellow: Control Copy

## **RENUNCIA:**

La ley de Iowa **no** requiere una renuncia. Sin embargo, sin la renuncia cualquier arresto de mas de 18 meses **sin** disposición, no puede darse a una agencia que no sea de ley.

Los fallos deferidos donde el DCI ha recibido aviso de completar con éxito la probación tampoco no puede darlo a las agencias que no sean de ley sin una renuncia firmada.

## **Información General:**

La información pedida está basada en **nombre y exacta fecha de nacimiento, solamente**. Sin huellas digitales una identificación **positiva** no puede asegurarse. Si una persona alega en contra de la veracidad de la información mantenida por el Departamento, ellos pueden alegar en contra de la información por escrito a la dirección en la parte de enfrente de esta forma o personalmente presentarse a las oficinas centrales del DCI durante las horas hábiles normales de trabajo.

Los récords mantenidos por el Iowa Department of Public Safety estan basados sobre de los reportes de otras agencias de justicia criminal y en esta forma, el Departamento no puede garantizar que tan completa sea la información proporcionada.

La revisión de la historia criminal está solamente en el Iowa Central Repository. Ningun otro récord de agencias estatales o federales pueden buscarse bajo la presente ley.

En Iowa, **un fallo deferido no es** considerado una convicción una vez que el acusado ha sido descargado despues de en forma exitosa completara su probación. Sin embargo, deberá notarse que un fallo deferido puede aun ser considerado como una ofensa cuando se consideran cargos por ciertas ofensas especificadas de crímenes múltiples, i.e segunda ofensa OWI. Si una disposición refleja que un fallo deferido fue otorgado, usted puede preguntar de este individuo la situación actual de el o de ella.

Una **sentencia deferida es** una convicción. El Juez simplemente detiene el implementar una sentencia por ciertos periodo de probación. Si la probación se completa en forma exitosa, la sentencia no se impone.

Una pregunta en referencia a los récords de la historia criminal de Iowa puede ser contestada al escribir a la dirección en la parte del frente de esta forma o al llamar al (515) 725-6066 entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m., de Lunes a Viernes.

Si el “CCH no récord encontrado” ha sido marcado, esto quiere decir que la información en el archivo no es divulgable por ley en Iowa sin una renuncia.

**(DHS use only)**

**DHS REMINDER CHILD CARE ONLY** – Send in a separate form for each surname. Iowa law requires employers to pay the fee for potential employees’ record checks.

**REMINDER FOR ALL OTHER REQUESTS** - (1) Send in a separate form for each surname, (2) \$13 for each surname, (3) Attach a billing form with request(s), and (4) Submit a self-addressed envelope. Iowa law requires employers to pay the fee for potential employees’ record checks.

[Drug Test Authorization, Form 470-4486](#)

Purpose	Form 470-4486, <i>Drug Test Authorization</i> , is used to authorize payment for drug testing of children or adults during a child abuse assessment or during ongoing services.
Source	Complete this form on line using the template in Case Flow.
Completion	The Department child protective assessment worker or social worker prepares the form when a drug test is authorized.
Distribution	The worker selects the "submit form" option after selecting "Protocol" and sends to supervisor for approval. The provider will have access to view the authorization on a web page and prints the form to accompany specimen to the lab. Retain control copy in the child's case record.
Data	<p>Complete the form as follows:</p> <p><b>Authorization Number:</b> Automatically generated when the FACS ID or incident number is entered, and autopopulated.</p> <p><b>Version Number:</b> Autopopulated when the authorization is modified (e.g., additional testing needed or correction of name).</p> <p><b>New/Modified:</b> Autopopulated, will state "new" or "modified."</p> <p><b>Service Area:</b> Autopopulated, digit (1-8).</p> <p><b>County:</b> Autopopulated, a two-digit county number.</p> <p><b>Collection Agency:</b> Drop down options; select on an agency.</p> <p><b>Fund Source:</b> Select from "Child Protective Services," "court ordered," "child welfare services," and "decat."</p> <p><b>Incident Number:</b> Autopopulated from Case Flow.</p> <p><b>Adult(s) Referred or Child(ren) Referred:</b> All autopopulated from the incident (children, adults in household, noncustodial parent and persons responsible).</p> <p><b>Remove Individual:</b> Delete all persons who are <b>not</b> to be referred for testing.</p>

## Drug Test Authorization

Authorization Number	Version Number	New/Modified

Service Area	County	Collection Agency

<b>Fund Source</b>			
<input type="checkbox"/> Child Protective Services Incident Number:	<input type="checkbox"/> Court Ordered Docket Number:	<input type="checkbox"/> Child Welfare	<input type="checkbox"/> Other (specify):

Adult(s) Referred	FACS ID	Date of Birth	Medicaid-Eligible	Relationship
Address				

Test Type	Protocol	Stop Date	Retest (Y/N)	Collection Mode	Total Cost

Child(ren) Referred	FACS ID	Date of Birth	State ID	Medicaid-Eligible
Address				

Test Type	Protocol	Stop Date	Retest (Y/N)	Collection Mode	Total Cost

Request Initiated By:	Phone: (    )
	Email:
	Fax: (    )

Date of Authorization	Authorization Expiration	Total Cost

Approved By:	Approved Date

**FACS ID:** Autopopulated.

**Date of Birth:** Autopopulated.

**State ID:** Autopopulated for child.

**Medicaid-Eligible:** Enter "yes" if the child is Medicaid-eligible.

**Add Test:** Selecting "add test" displays a screen to enter the following information, which will autofill on the form after entry.

**Test Type:** Select type of test on drop down option of urine, saliva, sweat patch, hair stat, etc.

**Protocol:** Select one type and frequency of test on the protocol screen:

- A. Laboratory-based urine analysis, 9 panels
  - 1. One test
  - 2. One test per month for three months
  - 3. Two random tests per month for one month; then two random tests per month for two months  
NOTE: On **ongoing** cases, when there are **two** consecutive negative results, change the authorization to **stop** further testing.
  - 4. Three random tests per month for one month; then two random tests per month for two months
  - 5. Four random tests per month for one month; then three random test for one month; then two random test for one month
  - 6. Five random tests per month for one month; then three random test for one month; two random tests for one month
  - 7. Six random tests per month for one month; then four random test for one month; then two random tests for one month
  - 8. Seven random tests per month for one month; four random tests for next month; two random tests per month for next month

9. Two random tests per week for one month; four random tests for next month; two random tests per month for next month
10. Three random tests per week for one month; four random tests for next month; two random tests for next month
11. Other, describe (must also indicate rationale for choosing this option) \_\_\_\_\_ Total tests

B. Laboratory-based urine analysis, 9 panels plus alcohol

1. One test
2. One test per month for three months
3. Two random tests per month for one month; then two random tests per month for two months  
NOTE: On **ongoing** cases, when there are **two** consecutive negative results, change the authorization to **stop** further testing.
4. Three random tests per month for one month; then two random tests per month for two months
5. Four random tests per month for one month; then three random test for one month; then two random test for one month
6. Five random tests per month for one month; then three random test for one month; two random tests for one month
7. Six random tests per month for one month; then four random test for one month; then two random tests for one month
8. Seven random tests per month for one month; four random tests for next month; two random tests per month for next month
9. Two random tests per week for one month; four random tests for next month; two random tests per month for next month
10. Three random tests per week for one month; four random tests for next month; two random tests for next month

11. Other, describe (must also indicate rationale for choosing this option) \_\_\_\_\_ Total tests

C. Patch test, 5 panels

1. One test
2. One patch per month for three months
3. Two random patches per month for three months  
NOTE: On **ongoing** cases, when there are **two** consecutive negative results, change the authorization to **stop** further testing.
4. Two consecutive patches
5. Four consecutive patches
6. Six consecutive patches
7. Six random patches for three months
8. Other, describe (must also indicate rationale for choosing this option) \_\_\_\_\_ Total patches

D. Hair test, 5 panels

1. One test
2. Other, describe (must also indicate rationale for choosing this option) \_\_\_\_\_ Total tests

E. Laboratory-based saliva test, 6 panels

1. One test
2. One test per month for \_\_\_\_\_ months/90days
3. Two random tests per month for one month; then two random tests per month for two months
4. Three random tests per month for one month; then two random tests per month for two months
5. Four random tests per month for one month; then three random tests for one month; then two random tests for one month
6. Five random tests per month for one month; then three random tests for one month; then two random tests for one month

7. Six random tests per month for one month; then four random tests for one month; then two random tests for one month
8. Seven random tests per month for one month; then four random tests for next month; then two random tests per month for next month
9. Two random tests per week for one month; then four random tests for next month; then two random tests per month for next month
10. Three random tests per week for one month; then four random tests for next month; then two random tests for next month
11. Other, describe (must also indicate rational for choosing this option) \_\_\_\_\_ Total tests

F. Fingernail test, 5 panels

1. One test
2. Other, describe (must also indicate rational for choosing this option) \_\_\_\_\_ Total tests

G. Saliva alcohol test, detects at various blood alcohol levels

1. One test
2. Other, describe (must also indicate rational for choosing this option) \_\_\_\_\_ Total tests

H. Instant urine analysis, 1 test

1. Five-panel dip with adulterant strip
2. To detect OxyContin, use 9-panel with adulterant strip
3. To detect use of prescription drugs except OxyContin, 10-panel with adulterant strip

I. Instant saliva test, 1 test

1. 6-panel Oratec HM 12
2. To add an alcohol test, Oratec HMA 12

**Stop Date:** Date is autofilled 90 calendar days from authorization date. You may enter another date.

**Retest:** Click on "retest" and select the reason for retesting. (Three reasons for retesting are allowable on a child abuse assessment: diluted sample, insufficient sample, or contaminated sample.) "Y" or "N" will be entered on form.

**Collection Mode:** Three choices by site.

**Total Cost:** System calculated and autofilled.

**Edit:** Select if changes are needed on the test authorization.

**Delete:** Option to delete the test.

**Request Initiated By:** The name of the child protective worker or social work case manager will autofill.

**Phone:** Enter your phone number.

**Email:** Worker's E-mail is autofilled.

**Fax:** Enter your fax number.

**Date of Authorization:** Enter the current date or a prior date. Default is current date.

**Authorization Expiration:** Autofill defaults to 90 days from the authorization date.

**Total Cost:** Autofills according to the type of test requested.

Send the form to your supervisor for approval by selecting the "send to supervisor" option.

**Approved By:** Defaults to supervisor, supervisor clicks on "approval by supervisor." If funding is "court ordered" or "decat," service area protocol shall designate the staff to authorize the request.

Worker receives an E-mail displaying the supervisor's action.

**Approved Date:** Autofilled from the supervisor's entry.

NOTE: The Welcome screen will store authorization numbers by worker name to be available to check results after testing.

**Facility Assessment Checklist for Child Care Centers, Form 470-3853**

Purpose	Form 470-3853 summarizes tasks to meet policy requirements and recommended practice when responding to a report of abuse in a licensed child care center.
Source	Print the checklist from the on-line manual or photocopy it as needed.
Completion	Child protection workers may use this form to assist them in completing individual facility assessments.
Distribution	If the checklist is completed, file it in the assessment file.
Data	Workers may check or enter dates on each item to record completion.

**Facility Assessment Checklist for Child Care Homes, Form 470-3854**

Purpose	Form 470-3854 summarizes tasks to meet policy requirements and recommended practice when responding to a report of abuse in a registered or unregistered child-care home.
Source	Print the checklist from the on-line manual or photocopy it as needed.
Completion	Child protection workers may use this form to assist them in completing individual facility assessments.
Distribution	If the checklist is completed, file it in the assessment file.
Data	Workers may check or enter dates on each item to record completion.

**Facility Assessment Checklist for Foster Family Homes, Form 470-3855**

Purpose	Form 470-3855 summarizes tasks to meet policy requirements and recommended practice when responding to a report of abuse in a licensed foster family home.
Source	Print the checklist from the on-line manual or photocopy it as needed.
Completion	Child protection workers may use this form to assist them in completing individual facility assessments.
Distribution	If the checklist is completed, file it in the assessment file.
Data	Workers may check or enter dates on each item to record completion.

**Facility Assessment Checklist for Group Care, Form 470-3856**

Purpose	Form 470-3856 summarizes tasks to meet policy requirements and recommended practice when responding to a report of abuse in a group care facility, such as: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ A residential group care facility</li><li>◆ A shelter care facility</li><li>◆ A detention center</li><li>◆ A psychiatric medical institution for children</li><li>◆ A juvenile institution</li><li>◆ An ICF/MR for children</li><li>◆ A hospital</li><li>◆ A nursing facility</li><li>◆ A licensed substance abuse treatment facility</li></ul>
Source	Print the checklist from the on-line manual or photocopy it as needed.
Completion	Child protection workers may use this form to assist them in completing individual facility assessments.
Distribution	If the checklist is completed, file it in the assessment file.
Data	Workers may check or enter dates on each item to record completion.

**FOSTER CARE AND SUBSIDIZED ADOPTION MEDICAID REVIEW  
(REVISIÓN DE MEDICAID PARA CUIDADO DE CRIANZA Y ADOPCIÓN SUBVENCIONADA)**

ESTE FORMULARIO DEBERÁ SER PRESENTADO PARA RECIBIR COBERTURA CONTINUA

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE REVISIÓN

Este formulario de revisión es un requisito del programa de Medicaid (programa de asistencia médica del gobierno). Es importante que usted lo complete y lo presente antes de la fecha que figura en el mismo. El formulario debe ser firmado por el padre adoptivo o por el niño con forma de vida independiente, según corresponda. Usted podrá ser contactado por un asistente del área de mantenimiento de ingresos del Department of Human Services (en adelante, Department). Para poder procesar su revisión, dicho asistente podrá solicitarle comprobantes adicionales o los datos que necesite, entre ellos, información sobre las personas que colaborarán para pagar la atención médica.

La no presentación del formulario y la falta de cooperación en el proceso de revisión pueden dar lugar a la interrupción de los pagos por servicios médicos. Por lo tanto, solicitamos su colaboración en el proceso de revisión. Si usted tiene alguna duda, le rogamos se comuniquen con su asistente de servicios.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Niño adoptado o en crianza temporal y sus hermanos del mismo hogar sustituto: Consigne el nombre del niño bajo revisión y el de todos los hermanos de éste que se encuentran en el mismo hogar sustituto. No incluya a los hermanos que viven en otros sitios. Complete sólo un formulario de revisión para el grupo de hermanos.

Condición de alumno: Indique si el niño recibe instrucción de tiempo completo o parcial.

Escuela y grado: Consigne el nombre de la escuela a la que asisten tanto el niño bajo revisión como sus hermanos del mismo hogar sustituto. Consigne además el grado que corresponde a cada uno de ellos.

Nombre y domicilio del empleador: Consigne el nombre y el domicilio del empleador de cada niño bajo revisión. En caso de no estar empleado, indique "No corresponde". Se requiere comprobante de los ingresos mensuales que tiene el niño en virtud de su trabajo.

Ingresos: Consigne todos los ingresos no derivados de trabajo que los niños reciben o les corresponde recibir. Esto significa todos los ingresos no derivados de trabajo que pueden ser asignados al Department como así también los ingresos recibidos de parientes y aquellos que los niños obtienen de las fuentes enumeradas. Si conoce el monto, consígnelo; de lo contrario marque cada ítem que reciben o les corresponde recibir. (Los ingresos no derivados de trabajo son aquellos que, por ejemplo, corresponden a intereses o a prestaciones de Seguridad Social).

Recursos del niño adoptado o en crianza temporal y de sus hermanos del mismo hogar sustituto: Consigne el tipo de recurso y la ubicación de los recursos que el niño posee. En caso de no haber recursos, indique "no."

Vehículos: Indique si el niño es propietario de un vehículo y en caso afirmativo, ingrese información sobre el mismo.

Seguro de salud para el niño y los hermanos del mismo hogar sustituto: Indique si el niño y sus hermanos del mismo hogar sustituto tienen seguro de salud. También ingrese el nombre del tenedor del seguro y de la compañía de seguros. Si corresponde, ingrese el número de póliza. Los padres recibirán un formulario más extenso que deberán completar si la póliza cambia.

Datos IV-E: Para los niños bajo cuidado de crianza con forma de vida independiente, ingrese "sí" o "no" a la pregunta sobre la finalización de la etapa escolar a los 19 años. **Toda la sección debe ser completada para niños bajo cuidado de crianza en hogares de familia y guarderías.**

Domicilio de los padres: Consigne el nombre y domicilio de la madre y el padre natural para niños en crianza temporal y el nombre y el domicilio de los padres adoptivos del niño adoptado. Si los hermanos de los niños en crianza temporal tienen diferentes padres, identifique a cada niño en relación con su padre.

Información de los padres: Indique si uno o ambos padres naturales de un niño en crianza temporal o uno o ambos padres adoptivos de un niño en adopción subvencionada se encuentran discapacitados, fallecidos o desempleados. En el caso de un grupo de hermanos en crianza temporal, si los niños tienen diferentes padres consigne la respuesta según el niño que corresponda.

Cambios previstos: Informe cualquier cambio que prevea para el futuro del niño, particularmente para los próximos seis meses. Esto podría incluir los cambios previstos para cualquiera de los ítems enumerados en este formulario. También indique, en caso de tratarse de una niña, si está embarazada.

Firma y fecha: El niño con forma de vida independiente o bien el padre adoptivo debe firmar este formulario indicando que la información aportada es verdadera, correcta y completa.

**FOSTER CARE AND SUBSIDIZED ADOPTION MEDICAID REVIEW  
(REVISIÓN DE MEDICAID PARA CUIDADO DE CRIANZA Y ADOPCIÓN SUBVENCIONADA)**

Mes de revisión
-----------------

Nombre y No. de asistente social	Condado No.	Servicio FACS No.	Nombre y No. del asistente de revisión médica
----------------------------------	-------------	-------------------	---

**NIÑO ADOPTADO O EN CRIANZA TEMPORAL Y SUS HERMANOS DEL MISMO HOGAR SUSTITUTO. Si necesita más espacio, adjunte otra planilla.**

	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3
Nombre			
Alumno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por "Sí", <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Por "Sí", <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Por "Sí", <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Por "Sí", <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
Consigne escuela y grado			

**INGRESOS**

¿Está el niño bajo relación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por "Sí", <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Por "Sí", <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Por "Sí", <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Por "Sí", <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
Nombre y domicilio del empleador (adjunte comprobante)			
Prestaciones de Seguridad Social	\$	\$	\$
Ingresos suplementarios de Seguridad Social (SSI)	\$	\$	\$
Mantenimiento del niño	\$	\$	\$
Asignación militar	\$	\$	\$
Parientes y amigos	\$	\$	\$
Intereses	\$	\$	\$
otros	\$	\$	\$

**RECURSOS DEL NIÑO ADOPTADO O EN CRIANZA TEMPORAL Y DE SUS HERMANOS EN EL MISMO LUGAR SUSTITUTO. Si necesita más espacio, adjunte otra planilla.**

	Monto	Ubicación	Nombre o nombres del titular
Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Títulos o acciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fondo fiduciario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Depósito en custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**VEHÍCULOS**

	Marca/Año	Valor actual de mercado	Monto adeudado	¿a nombre de quién?
Automóvil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Camioneta/motocicleta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

**SEGURO DE SALUD PARA EL NIÑO Y SUS HERMANOS DEL MISMO HOGAR SUSTITUTO**

Yes  No

Consigne las personas cubiertas	Titular de la póliza	Póliza No.	Nombre de la compañía

**INFORMACIÓN IV-E**

	Niño	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3
¿Tiene el DHS responsabilidades respecto de la colocación familiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Niño en situación de colocación familiar voluntaria por más de 30 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Finalizará el niño su ciclo escolar a los 19 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es el niño un menor refugiado sin acompañante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Concluyeron los derechos de los padres?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**DOMICILIO DE LOS PADRES**

Nombre y domicilio de la madre del niño	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3
Nombre y domicilio del padre del niño	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3

	Child	Sibling 1	Sibling 2	Sibling 3
¿Se encuentra el padre o la madre del niño o ambos discapacitados o fallecidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se encuentra alguno de ellos desempleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**CAMBIOS PREVISTOS**

---



---

Firma del asistente social (funcionario del Tribunal de Menores)	Fecha
--	-------

**Derecho de apelación**

Si usted no está satisfecho en virtud de alguna acción o por falta de acción con respecto a su solicitud de Medicaid, tiene derecho a solicitar una apelación. Se debe solicitar una audiencia por escrito. Presente su apelación ante el Department of Human Services (DHS) de su condado o envíela directamente a: Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. También podrá presentar una apelación mediante correo electrónico a la siguiente dirección: <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>.

Usted podrá presentar su apelación en la audiencia personalmente o bien ordenar a otra persona que lo haga por usted. Usted podrá ser representado por un abogado, si así lo desea. Sin embargo, no existe ninguna disposición por la cual el Department deba hacerse cargo de los honorarios de su abogado. Contáctese con su asistente de servicios para obtener más información sobre los servicios jurídicos disponibles en su zona.

Para que se celebre audiencia es necesario que la solicitud de audiencia respecto de su Medicaid sea enviada dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de notificación. Cuando dicha solicitud se presente entre los 30 y los 90 días calendario posteriores a la notificación, será necesaria la aprobación del Director del Iowa Department of Human Services para realizar la audiencia. Este plazo no podrá prorrogarse en virtud de ninguna controversia que se plantee entre usted y la oficina del condado.

**Política respecto de discriminación, acoso, acción afirmativa y oportunidad igualitaria de empleo**

Es política del Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin distinción de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, discapacidad, tendencia política o condición de veterano.

Si usted considera que ha sido víctima de discriminación o acoso por parte del DHS, no dude en enviar una carta presentando su queja al: Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.

Copia para el solicitante: Cuando usted lo solicite, el Department of Human Services le facilitará una copia de este formulario con todos los datos completos.

## DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Entiendo que asumo total responsabilidad por la veracidad de las declaraciones incluidas en este formulario. Entiendo, además, que el Department of Human Services utilizará esta declaración para determinar si se cumplen los requisitos para recibir los servicios de Medicaid.

Estoy al tanto de que el caso de este niño puede ser seleccionado por el Department para un proceso de control de calidad u otro tipo de revisión mediante el cual se determine si se cumplen los requisitos (elegibilidad) para Medicaid. En caso de que sea seleccionado, me comprometo a cooperar totalmente para la correspondiente verificación.

Sé que debo notificar al personal del área de *elegibilidad* de Medicaid del condado sobre cualquier cambio en los ingresos, bienes o circunstancias de vida del niño. Informaré dichos cambios a la oficina del condado dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que éstos ocurran.

Entiendo que el número de seguridad social del niño será utilizado en la administración del programa Medicaid para verificar la identidad del niño, evitar que se duplique la participación y realizar cambios masivos. El número de seguridad social (siglas en inglés SSN) será utilizado en la comparación electrónica de datos en conjunción con Iowa Workforce Department, Internal Revenue y Social Security Administration, así como en otras revisiones y verificaciones del programa para confirmar que el niño es elegible para recibir las prestaciones del Department of Human Services. El SSN también será facilitado al Internal Revenue Service para determinar si el niño es elegible para recibir prestaciones como así también a otros estados para determinar si el niño recibe prestaciones de algún otro estado. La información obtenida de estas comparaciones electrónicas de datos puede dar lugar a acciones penales, civiles o administrativas contra personas que reciben prestaciones de manera fraudulenta.

Entiendo que los pagos en concepto de mantenimiento determinados y destinados a gastos médicos son asignados y deben ser pagados al Department con el alcance de las prestaciones médicas recibidas.

Entiendo que el Department puede intervenir para establecer la paternidad y garantizar la asistencia médica en nombre del niño que se encuentra bajo cuidado de crianza y garantizar, además, dicha asistencia conforme, entre otros, a los siguientes capítulos del Código de Iowa: 232, 234, 252A, 252B, 252C, 252D, 598, y 600B.

Entiendo que el Department por ley no necesita mi consentimiento para que se le reintegren los pagos de Medicaid realizados en nombre del niño. El Department puede intervenir en nombre del niño para presentar un reclamo en contra de cualquier persona o parte que sea responsable del costo de gastos médicos.

Entiendo, además, que el Department presentará documentos o formularios de reclamo que detallen los servicios pagados por Medicaid a solicitud del niño o bien a solicitud de un abogado que actúe en representación del niño. Estos documentos también podrán ser facilitados a un tercero cuando sea necesario establecer el alcance del reclamo del Department.

Entiendo que las leyes y normas federales y estatales permiten el acceso de funcionarios federales y estatales autorizados a los registros de los prestadores de Medicaid. También entiendo perfectamente que al aceptar los servicios de Medicaid para este niño doy mi consentimiento para que dichas personas autorizadas puedan acceder tanto a los registros médicos como a otros registros del cuidado de la salud durante el período en que el niño sea elegible para recibir la asistencia de Medicaid. En caso de que mi hijo pasara a pertenecer a un plan de cuidado de la salud administrado, doy mi consentimiento para que los prestadores médicos de mi hijo revelen datos médicos, entre ellos datos relativos a la salud mental, a HMO, PHP, otros prestadores de cuidado administrado o a la entidad administrativa autorizada contratada por el prestador de cuidado administrado para determinar la aptitud, calidad o aprovechamiento de los servicios que mi hijo recibió mientras estuvo inscripto en el plan de cuidado de la salud administrado.

Tengo conocimiento de que el Artículo 1128B de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) contempla penas de alcance federal para actos dolosos y declaraciones falsas. Tengo conocimiento de que las leyes del estado de Iowa estipulan que toda persona que obtenga o intente obtener o bien ayude o instigue a otra persona a obtener asistencia pública para la cual no esté autorizada es considerada culpable de violar las disposiciones del Código de Iowa, Capítulo 294A

Entiendo que debo presentar pruebas al Department, es decir documentación del INS, o bien otros documentos que el Department considere prueba suficiente de la condición de inmigrante del niño bajo cuidado de crianza o adopción subvencionada que no es ciudadano o nativo de los Estados Unidos. Entiendo que la condición de extranjero puede estar sujeta a verificación por parte del INS, lo cual requerirá la presentación ante INS de determinados datos del presente formulario.

**COMPRENDO PERFECTAMENTE LO EXPUESTO POR MÍ EN EL PRESENTE. A MI ENTENDER, LO EXPUESTO ES VERDADERO, EXACTO Y COMPLETO. CERTIFICO** bajo pena de perjurio, mediante mi firma, que soy ciudadano o nativo de los Estados Unidos o que la información que he dado acerca de mi estado de inmigración es exacta y correcta. Los miembros adultos de la familia deben firmar la declaración por los niños dependientes.

Firma o marca del solicitante o beneficiario (o tutor legal)	Fecha
Firma o marca del otro miembro (padre o madre, según el caso) de la familia	Fecha

**Foster Care and Subsidized Adoption Medicaid Review, Form 470-2914 and 470-2914(S)**

Purpose	Form 470-2914 or 470-2914(S) is used for reviewing eligibility factors of children in foster care or adoption subsidy program.
Source	The English version is printed with 15 two-part carbonized sets on a pad. Order supplies from Iowa Prison Industries at Anamosa. Print or photocopy supplies of the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	<p>The IM worker initiates this form one month before the Medicaid review is due by sending it to</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The social work case manager for a child in foster care.</li><li>◆ The adoptive family for a child receiving a non-IV-E adoption subsidy. (No review is required for IV-E subsidies.)</li></ul> <p>When siblings are in the same placement, two review forms are required if one sibling is eligible under IV-E and another is eligible under CMAP.</p> <p>The social work case manager completes the form for children in foster care.</p> <p>The adoptive parents complete the form for adoption subsidy cases. The service worker may assist the family, if requested. If the parents do not complete the form, the IM worker will notify the service worker. The service worker shall contact the adoptive parent and explain the requirements.</p>
Distribution	<p>The person who completes the form returns the original to the IM worker who sent it. File copies of this form in each sibling's individual service record when siblings are in the same group.</p> <p>The IM worker will notify the service worker if the child's Medicaid eligibility is redetermined to a different coverage group. If the IM worker determines that an adoptive child living out of state is eligible for a regular Medicaid group, the worker will notify the child's parents to apply for Medicaid in that state.</p>
Data	The IM worker lists on the form the month that the review is due and the names of the siblings living together whose eligibility is determined together.

**Student Status:** Check whether the child is a full-time or part-time student. If the child is not in school, enter "neither."

**School and Grade:** Enter the name of the school that each child is in and the grade.

**Name and Address of the Employer:** Enter the name and address of the employer of each child, if known. If the child is not employed, enter "N/A." Verification of the child's earned income is required for the whole calendar month.

**Unearned Income:** Enter all the unearned income that each child is eligible for and receiving. This means all unearned income that may be assigned to the Department and income from relatives, as well as income that the children receive from the sources listed.

Write in the amounts if known. Otherwise, check each item that the child is eligible for or receiving.

**Resources:** Enter the type of resource and location of resources that each child owns. If there are no resources, enter "no." Indicate whether there is an escrow account.

**Vehicles:** Enter whether the child owns a vehicle. If so, enter identifying information about the vehicle.

**Health Insurance:** Enter whether each child has health insurance. Also enter the policyholder and company name. Where possible, provide the policy number.

**IV-E Information:** Enter "yes" or "no" to each question.

**Name and Address of Parents:** Enter the name and address of the adoptive mother and father.

**Parent Information:** Enter whether one or both parents are incapacitated, deceased, or unemployed.

**Expected Changes:** Note any changes that are expected to take place in the child's future, particularly within the next six months. This could include changes on any of the items listed on this form. Also include if the child is pregnant.

## Foster Care Clothing Allowance

**To be Completed by the Department of Human Services**

Name of Foster Child	Date
----------------------	------

- An initial clothing allowance of up to \_\_\_\_\_ is approved (\$250 maximum).
- A replacement clothing allowance of up to \_\_\_\_\_ is approved (maximum of \$200 for family foster care and \$100 for all other levels).

Signature of Social Work Administrator	Date
--	------

**To be Completed by the Foster Parents and Case Worker**

No. of Items	Description of Clothing Purchased	Cost of Items
<b>Total</b>		\$
<b>Tax</b>		
<b>Total Costs</b>		\$

The above items have been purchased for \_\_\_\_\_ . (Receipts are required and are to be attached to this form.)

Signature of Resource Parent	Date
------------------------------	------

Signature of Case Worker	Date
--------------------------	------

**Claim must be submitted within 90 days of expenditure.**

**Foster Care Clothing Allowance, Form 470-1952**

Purpose	Form 470-1952, <i>Foster Care Clothing Allowance</i> , is used to document purchases made with the foster care clothing allowance for authorization of reimbursement.
Source	Complete this form on line using the template available on the public state-approved forms folder on Outlook.
Completion	<p>The social work case manager completes the form in conjunction with the resource parent, using the clothing receipts submitted by the resource parent. The worker obtains the resource parent's signature and submits the form to the area social work administrator.</p> <p>The social work administrator checks the receipts against the clothing items listed and the cost of the items, the total, tax, and total costs for accuracy before approving and signing the form.</p>
Distribution	The original shall be kept in the child's case file.
Data	Complete all items on the form.

**Foster Care Escrow Account Transaction, Form 470-3725**

Purpose	Form 470-3725 is used to request escrow withdrawal and escrow account closing for children in foster care who have escrow accounts.
Source	This form may be completed on-line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook. The form may also be printed or photocopied from the sample in the manual and completed manually.
Completion	<p>The service worker prepares the form when:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ A child leaves foster care, or</li><li>◆ A child in foster care has funds in escrow that are needed to meet current needs of the child that are not covered by foster care payments.</li></ul> <p>Service area manager approval is required on this form.</p>
Distribution	Send the original copy to the Foster Care Accounting Unit in the Bureau of Purchasing, Payments and Receipts. Make a copy to file in the child's case record.
Data	<p>Complete all items. When the child leaves foster care, the escrow funds are paid either:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ To the custodial parents or guardian of a minor child, or</li><li>◆ To the child when the child has attained the age of majority, unless a guardian has been appointed.</li></ul>



# STATE OF IOWA

CHESTER J. CULVER, GOBERNADOR  
PATTY JUDGE, LT. GOBERNADORA

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

[ ]

Respecto de:

Nombre
No. Identificación estatal

Al proveedor de cuidados de crianza temporal:

El Iowa Department of Human Services ha aceptado responsabilidad financiera en relación con la colocación en hogar sustituto del niño nombrado en el encabezamiento. Este niño será elegible para recibir los servicios de Medicaid (asistencia médica del gobierno para personas de pocos recursos), pero puede haber un retraso en la emisión de la Tarjeta de Elegibilidad para Asistencia Médica. Este retraso se debe a la necesidad del Departamento de determinar de qué manera las circunstancias financieras del niño se ajustan a los criterios federales de elegibilidad.

- Si el niño necesita atención médica antes de que se emita la tarjeta médica, presente esta carta al prestador como una forma de garantizar que el pago de Medicaid será efectivamente realizado.
- Actualmente este niño está cubierto por MediPASS o una HMO (Health Maintenance Organization – Organización para el Mantenimiento de la Salud). Todo prestador de tratamiento médico debe contactarse con el prestador de cuidados de la salud principal que consta a continuación para obtener la aprobación correspondiente y el número de autorización necesario para la facturación.

Nombre del prestador principal	Teléfono
--------------------------------	----------

Periódicamente el niño recibirá por correo un formulario de revisión de elegibilidad. Si el niño necesita ayuda para completar este formulario o si usted tiene alguna duda respecto de los servicios médicos, por favor contáctese con el asistente del niño:

Nombre	Teléfono
--------	----------

**Al prestador de servicios médicos:**

La cobertura de Medicaid finalmente será autorizada para este niño bajo el número de identificación estatal antes indicado. Para evitar problemas de facturación, por favor verifique el Sistema de Verificación de Elegibilidad del Beneficiario o el sitio web de IME periódicamente, y no envíe su factura hasta que el sistema le indique que se ha determinado la elegibilidad. La demora no debería ser mayor a 60 días.

**Foster Care Provider Medical Letter, Form 470-2747 and 470-2747(S)**

Purpose	Form 470-2747 or 470-2747(S) provides information to the foster care provider regarding the Department's responsibility for providing medical coverage to children in foster care when the medical card has not been issued.
Source	Department staff may complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook. Juvenile court staff should print the form from the sample in the manual and complete it manually.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual and complete it manually.
Completion	The service worker or juvenile court officer assigned to the case completes the form when a child enters a foster care placement.
Distribution	Provide the original to the foster care provider and make a photocopy to file in the child's case record.
Data	The child's state identification number will eventually become the medical ID number after the Medicaid case is opened (if the child was not on Medicaid before entering placement).

**Foster Care Review Notice, Form 470-0714 and 470-0714(S)**

Purpose	Form 470-0714 or 470-0714(S) is a letter used to invite parents, foster parents, and other persons not covered under interagency agreements to attend a meeting of the foster care review committee.
Source	Complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	Designated local office staff prepare the form when a case is scheduled to be presented to the foster care review committee.
Distribution	Mail the form at least five working days before the scheduled review date. The original shall be sent to the addressee. File the copy in the child's case record.
Data	If the person to be notified is not the social worker, list the person's name and phone number. If the case plan or any other case information is being sent along with the letter, add a sentence explaining this.



# STATE OF IOWA

CHESTER J. CULVER, GOBERNADOR  
PATTY JUDGE, LT. GOBERNADORA

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

┌

┐

Fecha:

┌

┐

Respecto:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre/madre:	
Domicilio del padre/madre:	

Estimado \_\_\_\_\_:

Lo invitamos a asistir a una reunión para revisar la situación de este niño/a. La reunión tendrá lugar en:

Fecha:	Hora:
Lugar:	

La reunión probablemente se extenderá por \_\_\_\_\_ minutos aproximadamente. Si usted piensa asistir a la reunión:

- No necesita notificar a ninguna persona.
- Por favor, notifique a \_\_\_\_\_.

En el reverso de esta página encontrará más información sobre la reunión. En caso de surgir alguna duda al respecto, por favor contáctese con:

Administrador de Casos de Asistencia Social:	Teléfono:
Domicilio:	

Para un niño que no se encuentra en un hogar de crianza temporal, el propósito de la reunión es determinar si existen servicios que puedan cubrir las necesidades del niño sin necesidad de que éste reciba cuidado de crianza temporal.

Para un niño que se encuentra bajo crianza temporal, el propósito de la reunión es el siguiente:

- Determinar si el niño aún necesita recibir cuidado de crianza temporal
- Determinar cuál es el plan a largo plazo para el niño
- Determinar qué se está haciendo para que el niño deje de necesitar cuidado de crianza temporal

Con la información obtenida en la reunión, el administrador de casos de asistencia social del Department of Human Services asignado al niño desarrollará un plan donde se contemplarán los siguientes servicios:

- Servicios a ser provistos al niño por parte del Department of Human Services y
- Servicios de parte de las agencias de provisión, según corresponda

Las personas invitadas a la reunión son las siguientes:

- Personal del Department of Human Services.
- Los padres, el tutor o la persona a cargo del niño.
- Los padres de crianza temporal del niño.
- Personal del establecimiento residencial donde está colocado el niño.
- Persona que provee al niño cuidado de preadopción.
- Familiar que provee cuidado al niño.
- Prestadores de las agencias que prestan servicios al niño o a la familia.
- El tutor ad litem del niño.
- Personal de las escuelas y del juzgado juvenil.

Si usted asiste a la reunión, se le invitará a expresar sus observaciones y opiniones sobre el niño. Tendrá la oportunidad de formular preguntas sobre las observaciones y las opiniones de otras personas allí presentes. Si usted no piensa asistir a la reunión, podrá enviar sus comentarios por escrito al administrador de casos de asistencia social para ser compartidos en la reunión.

A ningún niño que reciba servicios del Department of Human Services 1) se lo excluirá de participar en los programas de servicios humanos, 2) se le negarán los beneficios o servicios de los programas de servicios humanos ni 3) quedará sujeto a discriminación durante su participación en los programas de servicios humanos, en razón de su raza, credo, color, sexo, edad, discapacidad física o mental, religión, nacionalidad o tendencia política.

## Foster Child Behavioral Assessment (Evaluación del Comportamiento de Niños Adoptados)

### Información de identificación

Nombre del niño	Fecha de nacimiento
Número del Sistema de Servicios al Niño y a la Familia (FACS)	Número de SID
Fecha de la evaluación	
Nombre de la familia preadoptiva	Fecha en que el niño es asignado a un hogar de familia preadoptiva

### Tipo de evaluación (Marcar según corresponda)

- Inicial (dentro de los primeros 30 días posteriores a la colocación inicial en cuidado de crianza temporal)
- Cambio significativo en el comportamiento
- Cambio de hogar sustituto
- Conclusión de los derechos de los padres, en vías de negociar un subsidio o presubsidio de adopción
- Audiencia judicial sobre el subsidio de tutela (el nivel más alto pagado es el nivel 2: (básico + US\$ 10,00 por día)

### Resumen del listado

Total de puntos del listado adjunto: \_\_\_\_\_

- 0 a 11 puntos = Asignación básica
- 12 a 19 puntos = Nivel 1 (básico + US\$ 5,00 por día)
- 20 a 35 puntos = Nivel 2 (básico + US\$10,00 por día)
- 36 o más puntos = Nivel 3 (básico + US\$15,00 por día)

### Asignación diaria aprobada

US\$ \_\_\_\_\_ Asignación básica diaria para un niño de esta edad  
 + \_\_\_\_\_ Para nivel \_\_\_\_\_  
 = US\$ \_\_\_\_\_ Asignación total diaria      Fecha de la asignación: \_\_\_\_\_  
 (No puede ser antes de los primeros 30 días o antes de la fecha establecida por el supervisor)

\_\_\_\_\_  
Firma del asistente

\_\_\_\_\_  
Firma del supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\* Para que la evaluación sea válida, se deberán marcar los ítems que correspondan en todas las categorías de necesidades de cuidado: mínima, moderada e intensiva\*\*

## Necesidades de cuidado emocional

### NECESIDADES MÍNIMAS

- 1) Demanda atención excesiva
- 2) Nervioso
- 3) Tiende a ponerse muy nervioso y excitarse fácilmente
- 4) Impulsivo
- 5) Rabietas
- 6) Impaciente, inquieto
- 7) Hiperactivo
- 8) Lapsos de atención cortos
- 9) De vez en cuando se orina durante la noche
- 10) Baja autoestima y confianza en sí mismo
- 11) Periódicamente se retrae y no responde, evita manifestar sus sentimientos
- 12) De vez en cuando lloriquea, discute, dice palabrotas, manipula, etc.
- 13) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

2 o más ítems = 4 puntos

### NECESIDADES MODERADAS

- 1) A menudo necesita ser supervisado de cerca
- 2) Habitualmente se resiste a la autoridad
- 3) Frecuentes dificultades para comunicarse con los demás
- 4) A menudo no cumple con las expectativas
- 5) A menudo responde con apatía
- 6) Serios problemas de apego para establecer y mantener relaciones
- 7) Manifiesta conflictos culturales y sociales
- 8) A menudo se orina en la cama y de vez en cuando se ensucia
- 9) Manifiesta comportamiento hiperactivo
- 10) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

2 o más ítems = 8 puntos

### NECESIDADES INTENSIVAS

- 1) Requiere supervisión constante e intensiva a nivel diario
- 2) Personalidad infantil
- 3) Se orina y ensucia durante el día varias veces por semana
- 4) Severa hiperactividad hasta alcanzar destructividad
- 5) Crónicamente retraído, ansioso y deprimido
- 7) Se requiere capacitación de los padres de crianza temporal para manejar el comportamiento del niño
- 8) Comportamiento extraño o severamente perturbado
- 9) Anorexia, bulimia u otros desórdenes alimenticios
- 10) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

1 o más ítems = 12 puntos

## Necesidades de cuidado de comportamiento

### NECESIDADES MÍNIMAS

- 1) Desaparece o "se escapa" durante períodos cortos (horas) y tiene la intención de regresar
- 2) De vez en cuando falta a las clases o su comportamiento requiere contacto entre los padres y la escuela o ayuda extra
- 3) De vez en cuando su comportamiento en el orden sexual excede los límites adecuados (por ej., se masturba en público, emplea lenguaje sexual y mantiene conductas sexuales manifiestas)
- 4) De vez en cuando experimenta con las drogas o el alcohol o ambos
- 5) Conflictos poco frecuentes con los padres, personas de la comunidad y quienes representan autoridad
- 6) De vez en cuando, problemas de hurtos y vandalismo
- 7) Conflictos con amigos, poco frecuentes pero serios
- 8) De vez en cuando se muestra agresivo con los demás (por ej., muerde, golpea y arroja objetos)
- 9) Más de una vez ha jugado con fósforos o encendedores
- 10) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

2 o más ítems = 4 puntos

### NECESIDADES MODERADAS

- 1) Con frecuencia se escapa o desaparece durante períodos más prolongados y necesita estímulo para regresar
- 2) Con frecuencia se hace la rabona o manifiesta comportamientos que crean alboroto en la clase
- 3) Manifiesta actividad sexual que es prejudicial para los demás y negativa para la familia y la comunidad
- 4) A menudo consume drogas o alcohol o ambos
- 5) De vez en cuando se ve implicado en delitos no violentos contra los bienes, en incendios y robos
- 6) Con frecuencia manifiesta una conducta agresiva hacia los demás (por ej.: muerde, golpea y arroja objetos)
- 7) Con frecuencia demuestra comportamiento de autodestrucción (por ej. se golpea la cabeza, se automutila o se muerde)
- 8) Un suceso de provocación intencional de incendio
- 9) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

2 o más ítems = 8 puntos

### NECESIDADES INTENSIVAS

- 1) Habitualmente se escapa por períodos de varios días cada vez
- 2) Habitualmente crea alboroto en la clase, en el autobús, habitualmente se hace la rabona y es necesario el contacto diario entre la escuela y los padres
- 3) Manifiesta desviaciones sexuales de naturaleza violenta o inadmisibles
- 4) Habitualmente consume drogas o alcohol
- 5) Actitudes repetidas y descontroladas que llevan a situaciones de delincuencia (por ej.: delitos contra los bienes y asaltos)
- 6) Comportamiento de agresividad diaria (ej.: muerde, golpea, pateo, arroja objetos...)
- 7) Comportamiento de autodestrucción constante (por ej.: se golpea la cabeza, se lastima los ojos, se muerde...)
- 8) Severos trastornos en la alimentación
- 9) Más de una vez ha provocado incendios de manera intencional
- 10) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

1 o más ítems = 12 puntos

## Necesidades de cuidado físico y personal

### NECESIDADES MÍNIMAS

- 1) Padece una discapacidad que necesita algo de asistencia pero que en su mayor parte puede ser atendida sin ayuda
- 2) Presenta ataques de apoplejía, disfunciones motrices que son controladas mediante medicación
- 3) Requiere terapia para las habilidades de motricidad fina y gruesa
- 4) Requiere preparación de dietas especiales
- 5) Requiere supervisión diaria o asistencia con la higiene personal y la administración de su medicación
- 6) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

1 o más ítems = 4 puntos

### NECESIDADES MODERADAS

- 1) Necesita ayuda para vestirse, bañarse y en lo que hace a sus necesidades generales para ir al baño, entre ellas los procedimientos de mantenimiento (por ej., catéteres, aparatos o prótesis, pañales)
- 2) Necesita ayuda para cuidar y mantener los aparatos de asistencia física
- 3) Manifiesta problemas para comer o alimentarse, por lo cual necesita ayuda y supervisión
- 4) Requiere alimentación a través de tubos
- 5) Requiere cuidados especiales frecuentes para prevenir o remediar los problemas (por ej.: úlceras, enfermedades graves de la piel)
- 6) Necesita que le den de comer diariamente y le suministren un tratamiento diario de terapia física, de una a dos horas por día
- 7) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

1 o más ítems = 8 puntos

### NECESIDADES INTENSIVAS

- 1) No ambulatorio
- 2) Ataques de apoplejía incontrolables
- 3) Necesita aparatos para drenaje, colostomía, aspiración, succión, carpa de niebla, etc.
- 4) Daños en las funciones de la visión, el habla y la audición que requieren rehabilitación por parte de un proveedor de cuidados de la salud
- 5) Requiere que el proveedor de cuidados le administre diariamente las rutinas de ejercicio prescritas
- 6) Requiere procedimientos de prevención (por ej.: irrigación diaria)
- 7) Requiere cuidados extremos en lo que hace a limpieza y lavandería y además control de deposiciones
- 8) Cuidado ortopédico a un nivel de demanda extrema en tiempo, cuidado y responsabilidad
- 9) Requiere dos o tres horas diarias de terapia física prescrita
- 10) Manifiesta otras características que corresponden a esta categoría en su alcance o grado

Especificar:

1 o más ítems = 12 puntos

**Foster Child Behavioral Assessment, Form 470-4401 and 470-4401(S)**

Purpose	<p>The <i>Foster Child Behavioral Assessment</i> checklist serves two purposes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ It may be used in the development of the case plan as a tool to identify the needs of the child. Every behavioral need of a foster child identified in this tool should be outlined when completing the case plan, along with the corresponding actions and responsibilities of the resource family.</li><li>◆ Since this tool identifies need and responsibilities, it is also the tool used to determine level of care and corresponding foster care payment.</li></ul>
Source	<p>Complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.</p> <p>Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.</p>
Completion	<p>Complete the <i>Foster Child Behavioral Assessment</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Within the first 30 days of a child's initial entry into foster care.</li><li>◆ Whenever the child's behavior changes significantly.</li><li>◆ When the child's placement changes.</li><li>◆ After termination of parental rights, in preparation for negotiating an adoption subsidy or presubsidy.</li><li>◆ Before a court hearing on guardianship subsidy. NOTE: The highest guardianship subsidy is limited to Level 2, basic rate plus \$10.</li></ul> <p>If a child comes out of group care or PMIC, the child's payment in the foster family home will be the basic foster care maintenance rate. It is anticipated that the family team meeting, with the new foster parents participating, will be part of the discharge planning. The <i>Foster Child Behavioral Assessment</i> should be completed within the first 30 days of placement.</p>

If a child leaves the foster family care and goes to shelter care and then returns to the same foster family home, the payment rate remains the same as the rate received by the foster family prior to the child going to shelter care. An assessment shall be completed within 30 days of placement with a new foster family.

To authorize payment to the resource family at a higher level than the basic rate, this form shall be signed by the worker and the worker's supervisor.

After supervisory approval, the difficulty of care payments shall begin the first day of the month **following** the month in which the form was completed. Do not enter the new assessment rate into FACS until the supervisor has signed off and approved the assessment and rate.

Distribution

The original form shall be kept in the child's case file. A copy may be provided to the resource family upon the family's request.

Data

When completing the checklist, use all available information about the child for a thorough assessment of the child. This may include evaluations, school and provider reports, and home studies, as well as input from parents and the resource family.

Check only behavior that is severe enough to be outside the norm for a child of the same age. Do not check behavior that is typical for a child that age (e.g., "temper tantrums" for a 2-year-old).

In order to have a valid assessment, check each item that applies in **every** category ("minimal" and "moderate" and "intensive").

The template calculates the basic rate once the child's birth date is entered, and automatically calculates the level of care and the total daily rate. The form is designed so that checking all the applicable boxes will result in the proper calculation for the behaviors.

**FOSTER FAMILY PLACEMENT CONTRACT  
(CONTRATO DE COLOCACIÓN EN FAMILIA DE CRIANZA TEMPORAL)**

**I**

El presente contrato se celebra entre \_\_\_\_\_, padres de crianza temporal y el Iowa Department of Human Services (Departamento) o el Juvenile Court Services (Departamento Servicios Juzgado de Menores) en relación con la colocación del menor \_\_\_\_\_, nacido \_\_\_\_\_, bajo cuidado de crianza temporal. El presente contrato entra en vigencia el día \_\_\_\_\_ y continúa vigente hasta que la colocación se da por concluida o hasta la firma de un nuevo contrato.

**II**

Las condiciones generales del presente contrato son las siguientes:

1. De acuerdo con lo estipulado por el Código de Iowa en su artículo 237.1, cuidado de crianza temporal significa provisión temporaria, de parte de los padres, de sustento y atención, incluidos, entre otros aspectos, alimentación, alojamiento, capacitación, educación, tratamiento médico y otros cuidados sobre la base de un esquema de tiempo completo, es decir, durante las 24 horas del día.
2. Excepto en las colocaciones mediante contratos voluntarios con los padres del menor, el Iowa Department of Human Services o el Juvenile Court Services es quien ejerce la tutela del menor o está a cargo del mismo y tiene los derechos, privilegios, obligaciones y responsabilidades conferidos al tutor o persona a cargo de un menor de conformidad con los artículos 232.2(11), 232.2(21), 600A.2(6), 600A.2(7) y 600A.2(8) del Código de Iowa. Esa facultad no le corresponde a los padres de crianza temporal.
3. La responsabilidad de los padres de crianza temporal sobre el menor en virtud del presente contrato es el suministro de cuidado temporal. Ni el presente contrato ni ninguna licencia de hogar de crianza temporal le confiere a los padres de crianza temporal ninguna relación jurídica o derecho sobre el menor.
4. El presente contrato no es un contrato de empleo. No queda establecida ninguna relación de mandato entre los padres de crianza temporal y el Iowa Department of Human Services.
5. El presente contrato es el contrato indivisible entre el Departamento o el Juvenile Court Services y los padres de crianza temporal respecto de la colocación de este menor. Reemplaza a todos los contratos, promesas o declaraciones anteriores. El presente contrato sólo podrá ser modificado por escrito y con la firma de ambos padres de crianza temporal y los representantes del Juvenile Court (Juzgado de Menores).
6. A ningún menor bajo crianza temporal se le negarán los beneficios o servicios del programa de cuidado de crianza temporal, ni será excluido de participar en el mismo, ni tampoco será objeto de discriminación, mientras se encuentra en un hogar sustituto temporal, por su raza, color, nacionalidad, religión, credo, sexo, edad, afiliación política o discapacidad mental o física.
7. A los padres de crianza temporal se les notificará acerca de las enfermedades especiales que padece el menor, incluido el diagnóstico de infección por HIV y los factores de riesgo de dicha enfermedad. Antes de revelarse alguna información sobre HIV, se emitirán comunicaciones firmadas o una orden del juzgado.

### III

Como contraprestación por la provisión de cuidado temporal para el menor por parte del padre de crianza, el Iowa Department of Human Services acuerda lo siguiente:

1. Pagarles a los padres de crianza temporal el monto de US\$ \_\_\_\_\_ por día para cubrir sus costos en el cuidado del menor, pagadero una vez provisto el cuidado. Este pago es dispuesto para cubrir los siguientes costos: alimento, alojamiento, vestimenta, actividades recreativas y cuidados personales. Este monto incluye US\$ \_\_\_\_\_ en concepto de subsidio básico diario y US\$ \_\_\_\_\_ en concepto de dificultad diaria en subsidio de cuidado. Si corresponde, también se incluirán en este pago subsidios de transporte y por hermanos. Este pago sólo se realizará por los días en que el menor se encuentre en el hogar sustituto y sólo cubrirá la ausencia del menor correspondiente a dos semanas, esto es, siempre que se espere su retorno.
2. Suministrar al menor cobertura médica, odontológica y de salud mental bajo el Programa Medicaid (asistencia médica del gobierno para personas de pocos recursos) y facilitarles a los padres de crianza temporal los nombres y los números telefónicos de las personas con quienes deben contactarse para obtener asistencia médica de emergencia o de rutina.
3. Suministrar a los padres de crianza temporal una copia del plan para el menor. Para los nuevos casos, el plan será completado dentro de los 60 días de la fecha de la colocación.
4. Disponer o programar visitas mensuales a los padres de crianza temporal por parte de un asistente social del Departamento o un asistente de casos de la agencia de servicios para reunir información acerca del cuidado y supervisión del menor.
5. Disponer o programar visitas al menor por parte de un asistente social del Departamento o de un asistente de casos de una agencia de servicios cada 35 días. Si el Departamento suministra un servicio directo, el asistente social del Departamento visitará al menor cada 35 días. Si interviene un asistente de casos de una agencia de servicios, el asistente del Departamento realizará visitas cada 60 días. Si el objetivo de permanencia del menor es cuidado de crianza a largo plazo e interviene un asistente de una agencia de servicios, el asistente del Departamento realizará visitas cada 90 días. Remítase al plan del caso para obtener información específica ya que en estos días son la cantidad mínima de días para las visitas requeridas.
6. Programar servicios sociales u otros servicios relacionados, incluidos, entre otros, servicios médicos, psiquiátricos, psicológicos y educativos. Dicha programación se realizará en colaboración con los padres o el tutor del menor. Para los menores con edad mínima de 16 años deberá completarse una evaluación sobre vida independiente.
7. Facilitar a los padres de cuidado de crianza temporal toda la información pertinente necesaria para el cuidado del menor, incluidos, entre otros datos, los resultados del examen físico del menor e información sobre sus necesidades médicas (incluidas las necesidades especiales por HIV), patrones de comportamiento, arreglos educativos, cuestiones de salud mental, información sobre abuso de sustancias, información sobre los padres y la familia, incluidas las prioridades religiosas. (La revelación de información sobre abuso de sustancias y HIV queda sujeta a requisitos de confidencialidad especiales).
8. Informar a los padres de crianza temporal con una anticipación mínima de diez días de los planes de retiro del menor del hogar sustituto temporal. Excepción: Los padres de crianza temporal podrán ser notificados con una anticipación inferior a diez días mediante orden judicial o cuando los padres del menor exijan el retorno del menor en virtud de un contrato de colocación voluntaria o bien cuando exista evidencia de abuso del menor. Si el Departamento, como responsable del menor, considera que existe justificación suficiente para retirar al menor, este último podrá ser retirado del hogar sustituto temporal con un preaviso inferior a 10 días.

9. Concertar una entrevista con el administrador del área de servicios cuando los padres de crianza temporal hayan presentado una objeción por escrito respecto del retiro del menor dentro de los siete días posteriores al recibo de notificación de los planes de retiro. La entrevista tendrá lugar antes de que el menor sea retirado, excepto en los casos en que no se requiere notificación a los padres de crianza temporal con 10 días de anticipación. Dicha entrevista no constituye un caso contencioso de conformidad con el Código de Iowa, Capítulo 17A.

El administrador del área de servicios revisará la decisión, determinará en la entrevista si el retiro beneficia al menor y explicará la decisión a los padres de crianza temporal. Si el administrador del área de servicios establece que el retiro no beneficia al niño, la decisión de retirarlo podrá ser invalidada, salvo en los casos en que una orden judicial o una decisión de los padres del menor le impida al Departamento invalidar dicha decisión.

#### IV

Como contraprestación por el pago de cuidado de crianza, los padres de crianza temporal acuerdan lo siguiente:

1. Aceptar al menor para crianza temporal y proveerle cuidados, los cuales incluirán entre otras cosas, alimento, alojamiento, vestimenta, actividades recreativas y cuidado personal, además de satisfacer toda otra necesidad adicional definida en el plan del caso. Al aceptar a menores en el nivel de tratamiento (categoría 3), los padres de crianza temporal deben colaborar en la implementación del plan de manejo del comportamiento y mantener toda la documentación requerida incluidos registros diarios.
2. Contar con una licencia de hogar de crianza temporal válida. Entre otros aspectos, esto conlleva a no aceptar más menores que la cantidad autorizada bajo licencia (es decir, la cantidad que consta en la licencia), y completar la cantidad de horas de capacitación requeridas dentro del año de licencia (la fecha que consta en la licencia).
3. Informar por adelantado al asistente social del Departamento, al asistente social de la agencia privada, al funcionario del juzgado de menores y al asistente del área de licencias sobre cualquier cambio de domicilio o respecto de los miembros de la familia, inclusive colocaciones bajo cuidado de crianza.
4. Proporcionar cuidados al menor basados en los contenidos del Foster Parent Handbook (Manual para Padres de Crianza Temporal).
5. Informar al asistente social del menor o al funcionario del juzgado de menores todos los planes recreativos de la familia fuera de sus actividades de rutina, lo cual incluye la salida del menor fuera del seno del hogar para realizar viajes programados que requieren pernocta. Para que el niño bajo cuidado de crianza temporal pueda acompañar a los padres de crianza temporal en viajes fuera del estado, el asistente social o bien el funcionario del juzgado de menores debe dar su autorización antes de que se concrete el viaje.
6. Colaborar con el Departamento y el Juvenile Court Services en todos los asuntos relativos al plan diseñado para el menor y la familia del menor y no celebrar contratos independientes con los padres o tutores del menor sin consultar con el asistente social o bien el funcionario del juzgado de menores.
7. Mantener la confidencialidad de toda la información recibida del Departamento o del Juvenile Court Services, del menor, de la familia del menor y del personal médico, consultar con el asistente social o el funcionario del juzgado de menores antes de revelar cualquier información y no revelar ningún tipo de información a personas no autorizadas. Se aplicarán normas de confidencialidad especiales para los casos de HIV. Los padres de crianza temporal no podrán revelar información de HIV sin el consentimiento escrito del padre, tutor o sin mediar orden del juzgado de conformidad con el artículo 141.23 del Código de Iowa.
8. Informar inmediatamente toda enfermedad del menor y cooperar con los planes del Departamento en cuanto a la atención médica, psiquiátrica y psicológica.

9. Notificar por escrito al Departamento con una anticipación no inferior a diez días toda solicitud de retiro del menor de su hogar, salvo en caso de emergencia.
10. Devolver puntualmente al Departamento todo pago en exceso realizado en representación del menor.

**V**

Cláusulas especiales:

Nombre del Asistente de Casos del DHS	Teléfono	Teléfono fuera del horario habitual
Nombre del supervisor de DHS	Teléfono	Domicilio de la Oficina de DHS
Nombre del Asistente de la Oficina Juzgado Menores	Teléfono	Teléfono fuera del horario habitual
Nombre del Supervisor de la Oficina de Juzgado Menores	Teléfono	Domicilio de la Oficina del Juzgado de Menores
Nombre del médico	Teléfono	
Nombre de los padres del menor	Teléfono	
Otros contactos de emergencia		

**Iowa Department of Human Services**

**Padres de crianza temporal**

Firma del Asistente	Fecha	Firma de padre/madre	Fecha
Aprobado por: Nombre		Firma de padre/madre	Fecha
Cargo	Fecha	Domicilio	

**Foster Family Placement Contract, Form 470-0716 and 470-0716(S)**

Purpose	Form 470-0716 or 470-0716(S) is the formal contract between the Department and the foster parents stating the terms of the placement.
Source	Department staff may complete the English version of this form on line either through the FACS system or using the template in the public state-approved forms folder on Outlook. Juvenile court staff should print the form from the on-line manual for manual completion.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	<p>The Department worker prepares the form when DHS has financial responsibility for the placement. Juvenile court services shall complete the contract with the foster parents when they are responsible for the placement.</p> <p>Complete the form when:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ A child is placed in a foster family home that will be supervised directly by the Department or by juvenile court services.</li><li>◆ When supervision is purchased.</li><li>◆ There is a change in any of the terms of the placement (e.g., rate of payment).</li></ul> <p>The contract shall be approved by the worker's supervisor, or if the contract involves a difficulty of care payment, by the service area manager. The sequence of signature depends on local office procedures.</p>
Distribution	When the form is completed, make a photocopy to file in the child's case record and give the original to the foster parents.
Data	<p>The child's name and birth date shall correspond to the information entered in FACS.</p> <p>The effective date is the date of placement or the date the revised terms become effective.</p>

Special provisions shall include any specific obligations either for the worker or the foster parents, such as transportation for counseling, arrangement for home visits, etc. Each foster parent shall sign the contract.

The special provision section also needs to include the entry of all applicable names and phone numbers. The caseworker responsible for the placement of a child in family foster care shall enter their home phone number as an after-hours emergency number.

Any additional emergency numbers that the foster parents may need shall also be entered in this section.



# STATE OF IOWA

CHESTER J. CULVER, GOBERNADOR  
PATTY JUDGE, LT. GOBERNADORA

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

Fecha:

***Estimado proveedor de cuidado de crianza temporal:***

El Department of Human Services planea finalizar la colocación familiar de \_\_\_\_\_ en su hogar a partir del día \_\_\_\_\_. El motivo de esta decisión es el siguiente:

En caso de no estar de acuerdo con el plan de retirar a este niño de su hogar, usted puede presentar su objeción por escrito en la oficina del Departamento correspondiente a su localidad. Si usted presenta su objeción dentro de los siete días posteriores a la fecha de la presente, el administrador del área de servicios responsable de su hijo concertará una entrevista con usted para conocer los motivos de su objeción. La entrevista tendrá lugar antes de que el niño sea retirado de su hogar salvo que el juzgado ordene el retiro del niño, los padres exijan el retiro del niño de conformidad con un contrato de colocación voluntaria o que exista evidencia de abuso del menor.

El administrador del área de servicios determinará si el retiro es en total beneficio del niño o no. Si se determina que no lo beneficia, el administrador del área de servicios puede modificar la decisión, salvo que exista una orden judicial en contrario o los padres del niño se opongan.

Esta entrevista no constituye un caso contencioso de conformidad con el Código de Iowa, Capítulo 17A. El proveedor de cuidados de crianza temporal no tiene el derecho de apelar el retiro del niño del hogar sustituto de conformidad con el Artículo de Apelaciones. En caso de tener alguna duda, no dude en contactarse conmigo.

Cordialmente,

Asistente social
Domicilio
Teléfono

**Foster Family Removal Letter, Form 470-0718 and 470-0718(S)**

Purpose	Form 470-0718 or 470-0718(S) is used to inform a foster family when a placement is terminated. It contains all the information needed to meet the legal requirements for this action.
Source	Complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	When the removal is instigated by the placing agency, the placing worker prepares the form ten days in advance of the planned removal date, unless there is evidence of child abuse.  In placements supervised by the Department, the placing worker is the Department worker. In placements supervised by a private agency, the placing worker is the private agency worker.  When there is evidence of abuse, or when the placement is terminated through action of some other party (the court, the parent, or the child), prepare the form when the decision is made that the placement is terminated.
Distribution	Make a copy of the completed form. Give or send the original to the foster parents; file the copy in the child's case record.
Data	The form is self-explanatory.

**Founded Abuse in Nonregistered Child Care Parent Letter, Form 470-4384  
and 470-4384(S)**

Purpose	Form 470-4384 or 470-4384(S) is used to provide written notification to parents of non-victim children enrolled in a nonregistered child care home in which founded abuse has occurred.
Source	Complete the English version of the form on line using the template available in the public state-approved forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The worker doing the assessment completes the form and mails the form to the parents of non-victim children at the conclusion of the assessment.
Distribution	Send one copy to the parents. Maintain a copy in the case file.
Data	Enter: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The date of notification</li><li>◆ Parent's name and address</li><li>◆ Type of abuse</li><li>◆ The name of the provider of nonregistered child care</li><li>◆ The name of child enrolled or previously enrolled at the nonregistered child care</li><li>◆ Worker phone number</li><li>◆ Worker signature</li></ul>



# STATE OF IOWA

CHESTER J. CULVER, GOVERNOR  
PATTY JUDGE, LT. GOVERNOR

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

Estimados Padres:

La ley de Iowa, Capítulo 237A.5(2)(f), exige que el Department of Human Services de Iowa notifique a los padres, tutores o guardianes legales al descubrir que ha ocurrido abuso de un menor en el ambiente no regulado de cuidado infantil al que concurre su hijo/a.

El propósito de esta carta es informarle que ha habido una denuncia basada en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, un ambiente no regulado de cuidado infantil al que concurre o concurre su hijo/a, \_\_\_\_\_.

La persona declarada responsable del abuso de un menor puede apelar dicho fallo. Le notificaremos si el fallo basado en abuso fuera modificado.

Si tiene dudas o inquietudes, por favor comuníquese conmigo al teléfono \_\_\_\_\_. Debido a los requisitos de confidencialidad de la información sobre abuso infantil, no es posible entregarle información específica con respecto al incidente.

Atentamente,

Child Protection Worker  
(Asistente Social de Protección de Menores)

cc: Archivo

The cover letter shall contain the following information:

- ◆ The child's name, age, and address
- ◆ The name of the worker or child protective assessment unit to whom the services, reports, photographs, X-rays or test results were provided
- ◆ The date the photographs or X-rays were taken
- ◆ A statement by the claimant indicating agreement to retain documentation of the services provided for five years, or agreeing to provide them to the Department for retention

Distribution

Send the original GAX with original signatures along with original receipts or verification and two copies of the whole packet, as follows:

- ◆ For child abuse assessment expenses, send both copies of the cover letter and the form to:

Central Abuse Registry  
DHS Division of Child and Family Services  
1305 E Walnut Street, 5<sup>th</sup> Floor  
Des Moines, Iowa 50319-0114

- ◆ For funeral expenses, send the material to the service area manager for approval and then to the Bureau of Purchasing, Payments and Receipts.
- ◆ For other expenses, send the material to the service area manager for approval and then to the adoption program manager in the Division of Child and Family Services. Also send a memo explaining what the charges are and why they cannot be billed to Medicaid.

Always keep a control copy in the child's case record.



# Iowa Department of DHS Human Services

## How-Do-I? Guide Adoption

### OUTCOMES:

- Child safety
- Child and family well-being
- Permanency
- Appropriate type, level and intensity of services

### DECISIONS:

- Termination of parental rights
- Approval of resource family
- Specialized recruitment
- Approved adoption placement
- Approve adoption subsidy
- Approve finalization
- Approve dissolution

### CRITERIA:

- Child's needs and capacities
- Resource family's needs and capacity
- Legal status

### TRANSITIONING FROM FOSTER CARE TO ADOPTION

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Foster Care Staff Responsibilities</b> 441 IAC 201.3(1)</p>	<p>When adoption is determined to be the permanency goal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Facilitate a permanency staffing to include the supervisor, adoption worker, and other designated staff as needed.</li> <li>■ Request a termination of parental rights (TPR) petition be filed.</li> <li>■ Complete the court report as required by the juvenile court and provide a copy to the adoption worker.</li> <li>■ Involve the adoption worker in any decision making from the time that adoption is determined to be the permanency goal.</li> <li>■ Notify the Adoption Unit when the TPR petition is filed.</li> <li>■ When the TPR order is received, arrange a final visit with the child and significant others in accordance with the <i>Family Case Plan</i>, form 470-3453.</li> <li>■ Provide the adoption worker with:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• A copy of the current <i>Family Case Plan</i> including the <i>Background Report, Part 1</i>, form 470-3615,</li> <li>• The child's birth certificate,</li> <li>• The TPR order,</li> <li>• All other reports that verify the child's special needs, and</li> <li>• Other documents needed for the guardianship file.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Often the child's self identity is linked to the birth family history. The foster care worker may represent the only consistent link between the child's past and the future. Provide support to the child and maintain open and honest conversation about the decision to file a petition to terminate parental rights.</p> <p>Encourage the birth parent to share information regarding the child's heritage. This information will be used to complete the <i>Background Report, Part 1</i> and also to identify relatives who may be placement resources.</p> <p>Begin to help the child preserve their identity and sense of self through preparation of the Life Book.</p> <p>Policy states that the child's case should be transferred to an adoption worker within 45 days of the TPR; however evidence-based practice demonstrates that the adoption worker needs to be involved earlier. This allows the adoption worker to establish a relationship and support the child during this time of change.</p>

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Joint Responsibilities: Coordinating the Transition</b></p>	<p>The foster care and adoption workers will collaborate with each other to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Locate an adoptive placement (starting with interested relatives within the fourth degree of consanguinity).</li> <li>■ Complete the <i>Background Report, Part 2</i>, form 470-3698, within 30 days of termination of parental rights.</li> <li>■ Compile a guardianship and adoption file separate from the foster care service file.</li> <li>■ Arrange a selection staffing when potential adoptive homes are identified.</li> <li>■ Complete a joint visit within 45 days of the termination of parental rights.</li> <li>■ Discuss how a disruption will be handled.</li> </ul>	<p>The foster care and adoption workers must develop an effective partnership on behalf of the child to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Complete tasks mandated by law and policy.</li> <li>■ Support the understanding and needs of the birth parents.</li> <li>■ Complete a thorough assessment (<i>Background Report, Part 1</i>, form 470-3615, and <i>Part 2</i>, form 470-3698) of the child's strengths and needs to facilitate the matching process.</li> <li>■ Prepare the prospective adoptive parents regarding the strengths and unique needs of the child.</li> <li>■ Ensure a smooth and congruent transfer of case responsibilities.</li> </ul>
<p><b>Adoption Worker Responsibilities</b>            Indian Child Welfare Act, 1978            Iowa Code section 232.119            441 IAC 203.1, 203.2</p>	<p>Initiate adoption worker responsibilities.</p> <p>If a placement was not available at the time of transfer to the Adoption Unit, continue efforts to locate an adoptive home:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Follow up on any potential resources identified by the foster care worker and continue the diligent search for relatives.</li> <li>■ Register the child on IAES immediately.</li> <li>■ Provide information to the statewide recruitment and retention contractor, to register the child on AdoptUsKids.</li> <li>■ Utilize other resources such as communication with other service areas and AdoptUsKids.</li> <li>■ For a Native American child, follow ICWA procedures.</li> </ul>	<p>Expedite permanency for the child by beginning to plan for adoption as soon as the decision to file a petition to terminate parental rights is made.</p> <p>Early identification of documents and information needed for the <i>Background Report, Part 2</i>, will eliminate preventable delays in the adoption process.</p> <p>To facilitate timely permanence for the child, do not limit the search for a permanent home to Iowa families.</p>

**ADOPTIVE FAMILY APPLICATION PROCESS**

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Initial Application Process</b>            441 IAC 200.3, 200.4(1), 200.4(4)</p>	<p>Refer people who contact the Department about adopting a special needs child to the statewide recruitment and retention contractor for orientation.</p> <p><u>Contractor contact information:</u>            Iowa KidsNet Customer Service            Phone: 800-243-0756            E-mail: customer.service@iowakidsnet.com</p>	<p>The orientation provides an opportunity for prospective adoptive families to learn about the adoption process and the types of children that are waiting for placement, in a relaxed atmosphere.</p> <p>DHS' policy provides guidelines regarding characteristics of individuals and families who may be approved as adoptive families. These guidelines are meant to be applied flexibly and are not intended to exclude any particular family type.</p>

## ADOPTIVE SERVICES

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Adoptive Home Study/Family Assessment</b> 441 IAC 200.4(1), 200.4(4)</p>	<p>The statewide recruitment and retention contractor will complete the adoptive home study assessment on all applicants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Notify the statewide recruitment and retention contractor when preservice training (PS-MAPP) is waived for foster parents or relatives.</li> <li>■ Iowa KidsNet will send completed home studies to the Department's local office within 110 days of the date the applicant began preservice training.</li> <li>■ Department staff must inform the family of the approval or denial of approval on the <i>Adoption Notice of Decision</i>, form 470-0745.</li> <li>■ If denied approval, the family must be informed of their right to appeal and the procedure for doing so.</li> </ul>	<p>The adoptive home study is an assessment of a family to determine their strengths and parental attributes. The assessment process provides opportunity for the home study worker and the family to determine whether or not the family wishes to, or is able to, parent a child with special needs. The elements of the home study are:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Child abuse and Department of Criminal Investigation record checks</li> <li>■ Preservice training (PS-MAPP)</li> <li>■ References</li> <li>■ Physicals</li> <li>■ A written report that summarizes the findings of the above items and evaluates the family's ability to parent a child with special needs</li> </ul> <p>Foster parents who have been caring for a foster child in their home for at least six months, and relatives who have cared for a related child for at least six months and who have been selected to adopt the child may have their participation in the Department's preservice training for foster parents or the designated adoption training waived by the service area manager or designee.</p>
<p><b>Adoptive Home Study Updates</b> 441 IAC 200.4(1)</p>	<p>The recruitment and retention contractor will complete all home study updates.</p> <p>The home study update should be submitted to the Department at least 45 days before the expiration of the home study approval date.</p>	<p>Adoptive home studies are valid for one year. A child cannot be placed in a home unless the family has a current home study.</p> <p>Completing the home study updates in a timely manner ensures that there is a pool of families ready to accept waiting children into their homes.</p> <p>Home study updates include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Child abuse and Division of Criminal Investigation record checks.</li> <li>■ A minimum of one face-to-face contact with the family.</li> </ul> <p>A written report that summarizes the findings of the above items and evaluates the family's ability to parent a child with special needs.</p>

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Preparing the Child</b> 441 IAC 200.4(2)</p>	<p>Prepare any child who has the concept of a birth parent for adoption:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Help record the child's story in the development of the Life Book.</li> <li>■ Provide counseling regarding separation, loss, and grief issues, and adjustment to an adoptive family.</li> <li>■ Identify and make available support groups that might be utilized by an older child.</li> <li>■ Child preparation activities may be provided by the service area family safety, risk, and permanency services contractors.</li> </ul>	<p>The adoption worker is responsible for preparing the child to transition into an adoptive placement. It is important that the transition from foster care to the adoption worker is a well coordinated and congruent process for the child.</p> <p>To provide the child with emotional support throughout the process, the adoption worker must work to engage the child in a trusting relationship.</p>
<p><b>Preparing the Adoptive Family</b> 441 IAC 200.4(4)</p>	<p>Provide the adoptive family with background information regarding the child:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Background Report, Part 1</i>, form 470-3615, and <i>Part 2</i>, form 470-3698</li> <li>■ The child's and family's medical history</li> <li>■ Child's psychological and psychiatric reports</li> <li>■ Child's educational reports (I.E.P., school staffing reports, report cards)</li> <li>■ Child's picture</li> <li>■ Child's Life Book</li> <li>■ Information about the child's legal status, including appeals</li> </ul> <p>Explain the available subsidized adoption benefits and community resources that may be helpful.</p>	<p>Adoptive parents must be provided the opportunity to ask questions about the child and the placement process. They need to understand that the placement will be a gradual process and that this is intended to give the child and family sufficient time to reflect on and become comfortable with the decision.</p> <p>Discuss with the family the impact that adding the child may have on current family members, as well as, the child's reaction to the TPR and problems that may stem from the child's experiences of separation, loss, grief, and anger.</p>
<p><b>Selecting the Adoptive Family</b> MEPA of 1984; IEP of 1996 441 IAC 200.3(1), 200.4(3)</p>	<p>Before preplacement visits, conduct a selection staffing including a minimum of two social workers and a supervisor to review approved families to facilitate the matching of a specific family's parenting strengths to the child's special needs.</p>	<p>When making a placement selection:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Give preference to placing siblings together.</li> <li>■ Give preference to relatives and foster parents.</li> <li>■ Race, color or national origin may not be routinely considered in placement selections.</li> </ul>

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Preplacement Activities</b> 441 IAC 200.4(5), 200.4(6)</p>	<p>Conduct preplacement activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arrange a meeting between the family, the child’s worker, and the family’s worker for the sharing of information from all perspectives.</li> <li>■ Determine the number and schedule preplacement visits with the child.</li> <li>■ Exchange additional information between the child and family, including pictures.</li> <li>■ Ensure that the following forms are completed: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Form 470-0761, <i>Agreement of Placement for Adoption</i>,</li> <li>• Form 470-0744, <i>Application for Subsidy</i>, and</li> <li>• Form 470-0749, <i>Adoption Subsidy Agreement</i>, or form 470-0762, <i>Agreement to Future Adoption Subsidy</i>.</li> </ul> </li> <li>■ Ensure that the family has access to the booklet, “Navigating Iowa’s Adoption Subsidy Program.”</li> <li>■ Follow ICPC procedures for out of state placements.</li> </ul>	<p>Adoptive families should be offered the opportunity to learn as much as possible about the child, and to discuss their feelings about the child and the impending placement.</p> <p>Adoptive parents have the right to complete information about the child they are looking to adopt. Information about the child’s background, health, and behaviors must be openly shared with the adoptive parents.</p> <p>Adoptive parents should be provided with information regarding community resources that can help address the child’s special needs, supports available through the adoption subsidy program.</p> <p>When sharing background information with the adoptive parents, information regarding birth parents must be de-identified.</p>
<p><b>Placement and Post-placement Activities</b> 441 IAC 200.4(7), 200.12</p>	<p>When the child is placed in an adoptive home, provide supervision, support, and crisis intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Visit the child in the adoptive family’s home as often as needed, monthly at a minimum.</li> <li>■ Complete supervisory reports based on observations after each home visit, using the <i>Supervisory Report</i>, form 470-0773.</li> </ul> <p>Prepare a final written court report summarizing the child and family’s adjustment and recommending whether the adoption should be finalized:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Submit the report to the court before the hearing to consider granting a decree of adoption. Complete the <i>Adoption Report to the Court</i>, form 470-3355, or use the format designated by your service area or the court.</li> <li>■ When the final report is written, advise the family to select an attorney to complete the adoption.</li> </ul>	<p>Placement and post-placement services continue until the adoption is finalized, and include activities necessary to plan and carry out the placement of a child or children into the adoptive home. These services will focus on the following areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Supervision of the adoptive placement and crisis intervention as needed</li> <li>■ Completion of court reports regarding the placement</li> <li>■ Support for the child’s social and emotional adjustment</li> <li>■ Counseling with the family regarding methods of dealing with testing behaviors and discipline</li> <li>■ Behavioral evidence of the degree of bonding that is taking and the degree to which the child is becoming a permanent member of the family</li> <li>■ The recruitment and retention contractor is available to provide ongoing support, crisis intervention, and assistance with behavioral intervention to all resource families that provide pre-adoption services to strengthen placements and prevent disruptions</li> </ul>

Policy	Procedure	Practice Guidance
<b>Placement and Post-placement Activities</b> (Cont.)	If the Department decides that a child needs to be removed from a pre-adoptive home, send the family a <i>Letter of Removal</i> , form 470-3018, before the removal of the child. Removal of a child from a pre-adoptive home is not appealable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ The service area family safety, risk, and permanency contractors may also provide preplacement and placement services</li> </ul>

## FINALIZING THE ADOPTION

Policy	Procedure	Practice Guidance
<b>Proceeding With Finalization of the Adoption</b> 441 IAC 200.13(600)	<p>Proceed with finalization of adoption when the supervised period of the adoption placement is completed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Submit a recommendation for completion of the adoption to the service area administrator.</li> <li>■ The service area administrator or designee will sign the <i>Consent to Adopt</i>, form 470-0775, and forward it to the family's attorney.</li> <li>■ Upon receipt of the <i>Consent to Adopt</i>, the attorney will file a petition to adopt.</li> <li>■ If the family has applied for an adoption subsidy, ensure that the petition contains statements indicating:               <ul style="list-style-type: none"> <li>● The child meets the definition of a special needs child and</li> <li>● The family may need a subsidy now or in the future to meet the child's needs.</li> </ul> </li> <li>■ Before adoption finalization, negotiate the <i>Adoption Subsidy Agreement</i>, form 470-0749, with the family.</li> <li>■ Within three days after the petition is received from the attorney, complete the <i>Adoption IV-E Checklist</i>, form 470-4075.</li> <li>■ Upon receipt of the petition to adopt, the court will issue an order requesting an investigation and will set a hearing date.</li> <li>■ The agency ordered to complete the investigation (usually the Department) will complete the <i>Adoption Report to the Court</i>, form 470-3355, before the hearing.</li> <li>■ After the hearing, the court will issue a decree of adoption and provide a copy to the adoptive parents.</li> <li>■ The attorney then prepares an abstract of the adoption which is sent by the court clerk to the Bureau of Vital Statistics in the Department of Public Health.</li> </ul>	<p>Communication and timely follow-through on tasks is essential to ensuring that the adoption finalization proceeds in a timely manner.</p> <p>The <i>Consent to Adopt</i> form notifies the court that the Department has agreed to the adoptive placement and enables the family's attorney to proceed with the adoption petition.</p> <p>Adoption subsidies are available to all special needs children regardless of IV-E eligibility.</p> <p>If the adoptive family has applied for an adoption subsidy, the petition to adopt must include a statement indicating that the child meets the definition of a special child and that the family may need a subsidy now or in the future to meet the child's needs.</p> <p>The Department may rescind a <i>Consent to Adopt</i> by signing form 470-2990, <i>Rescinding the Consent to Adoption</i>, and submitting the document to the juvenile court for any of the following reasons:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ At the request of the adoptive family</li> <li>■ A founded child abuse report, or accusation of child abuse, pending determination of the report</li> <li>■ Conviction of a crime, or accusation of a crime, pending court decision regarding the crime</li> <li>■ At the request of the child who is aged 14 or over who has reversed the decision regarding adoption</li> <li>■ Other indications verified by you and reviewed by your supervisor that the adoption is not in the best interest of the child</li> </ul>

Policy	Procedure	Practice Guidance
<b>Proceeding With Finalization of the Adoption (Cont.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ The juvenile court maintains jurisdiction of an adoption case until finalization. When finalization occurs, inform the juvenile court to ensure that the court case is closed. Also notify the child's guardian about the child's adoption status.</li> <li>■ After the adoption is finalized, follow all procedures for closing a Department case.</li> </ul>	

### ELIGIBILITY DETERMINATIONS

Policy	Procedure	Practice Guidance
<b>Eligibility Determination for Adoption Subsidy</b>	<p>Determine whether the child meets the special needs criteria.</p> <p>Review and process applications for adoption subsidy as soon as possible, but reach a decision regarding disposition no later than 30 days after the date of application.</p>	<p>Because subsidies must be approved prior to finalization, it is important that families apply for subsidies before the adoption is finalized.</p> <p>It is critical that the worker obtain documentation from licensed professionals of the child's special needs, in order for subsidies to be approved.</p>
<b>Eligibility Determination for IV-E</b>	<p>Determine eligibility for federal adoption assistance under Title IV-E of the Social Security Act for all children adopted with a subsidy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Complete form 470-4075, <i>Adoption IV-E Checklist</i>, and send it with the required documentation to the IV-E Eligibility Unit for processing.</li> <li>■ FACS Report S472N111-01, <i>Foster Care and/or Subsidized Adoption Information Exchange</i>, provides IM workers with information that is needed to determine IV-E eligibility for children in adoption assistance.</li> </ul>	<p>Title IV-E funding is used to fund the adoption program, therefore, it is important to accurately determine each child's IV-E status.</p>

### ADOPTION SUBSIDIES

Policy	Procedure	Practice Guidance
<b>Application for Subsidy</b>	<p>Accept applications for adoption subsidy any time prior to finalization of the adoption:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Advise the family to complete form 470-0744, <i>Application for Subsidy</i>.</li> <li>■ If the family indicates no need for subsidy, the family need not apply. If a need for subsidy in the future is of concern and the child as been determined by a qualified professional to be at high risk of developing a special need, the family should complete form 470-0762, <i>Agreement to Future Adoption Subsidy</i>.</li> <li>■ Within 30 days of receipt of the application, determine whether a child meets eligibility requirements.</li> </ul>	<p>The Department shall provide an adoption subsidy as a direct service primarily to children who are under the guardianship of the Department or a licensed child placing agency in Iowa. The Department is responsible for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Determining the child's eligibility based on the documentation of special needs.</li> <li>■ Determining the type of subsidy.</li> <li>■ Negotiating the amount of maintenance subsidy with the adoptive parents.</li> <li>■ Reviewing the family's circumstances and need for subsidy at the family's request.</li> </ul>

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Application for Subsidy (Cont.)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Negotiate the subsidy agreement using the <i>Adoption Subsidy Agreement</i>, form 470-0749.</li> <li>■ If the application is denied, provide an <i>Adoption Notice of Decision</i>, form 470-0745, to the applicant within 30 days of the date of application.</li> </ul>	
<p><b>Subsidy Payments</b></p>	<p>Monthly maintenance payments:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Base the negotiated amount of maintenance subsidy on the circumstances of the family.</li> <li>■ Negotiate a special care maintenance allowance for children with physical, mental, or emotional problems, up to \$5 per day above the maximum basic daily rate to assist in providing the extra care associated with the child's special needs.</li> <li>■ Negotiate a special maintenance allowance of up to \$10 per day above maximum basic daily rate when the child was receiving that amount in family foster care at the time of the adoptive placement and the family demonstrates that this amount continues to be needed.</li> <li>■ Negotiate a special maintenance allowance of up to \$15 per day above maximum basic daily rate when the child was receiving that amount in family foster care at the time of the adoptive placement and the family demonstrates that this amount continues to be needed.</li> <li>■ If the child resided in group care at the time of the adoptive placement, the child shall receive a special care allowance up to the rate the child would have been eligible for in family foster care.</li> </ul> <p>Special services subsidy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Establish the need for special services by assessing the needs of the child as documented in the child's case record, as well as the family's stated need for special services to maintain the placement.</li> <li>■ Pay only allowable special services not covered under Medicaid through the FACS System on the Special Issuance screen. The family must provide verification of payment for all special service payments paid directly to the family or to a provider.</li> <li>■ Obtain approval from the adoption program manager for any single special service and any special service delivered over a 12-month period costing \$500 or more.</li> </ul>	<p>When the family has been selected, the worker should provide the prospective adoptive family with a clear understanding of the adoption subsidy program and what is available to support the family and the placement. This information is included in the booklet, "Navigating Iowa's Adoption Subsidy Program."</p> <p>The worker must <b>negotiate</b> with the family the amount and kind of subsidy that the child is eligible to receive and the family believes they will need in order to maintain the placement.</p> <p>During the negotiation process, the determination of the rate of subsidy should be made after consideration of the:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Child's special needs,</li> <li>■ Resources needed to address those special needs,</li> <li>■ Family's resources (i.e., financial, medical resources),</li> <li>■ Child's unearned income, and</li> <li>■ Community resources available to the child and family.</li> </ul> <p>The worker should discuss with the family what special services the family will need to meet the child's special needs, and those services should be included in the <i>Adoption Subsidy Agreement</i>, form 470-0749.</p>

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Medical Assistance</b></p>	<p>Submit to the IV-E IM worker FACS Report S472N111-01, <i>Foster Care and/or Subsidized Adoption Information Exchange</i>, to provide the IM worker the information needed to determine Medicaid eligibility for children receiving adoption assistance.</p> <p>Upon receiving the information from the IM worker, indicate the child's IV-E Medicaid status on the <i>Adoption Subsidy Agreement</i>, form 470-0749.</p> <p>When the adoption is finalized, advise the family to complete a new Medicaid application using the child's adoptive name.</p> <p>The family's health insurance must be used before expenditure of state or federal funds. Special Subsidy Services may reimburse the family for the cost of an additional premium to add the child to the family health insurance coverage group.</p>	<p>The Department provides Medicaid to all children in presubsidy and subsidized adoption placements for whom the Department has some financial responsibility.</p> <p>When adoptive families move to another state refer the Interstate Compact of Medical Assistance (ICAMA) procedures.</p>

**ONGOING CASE RESPONSIBILITIES**

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Case Review</b></p>	<p>The <i>Adoption Subsidy Agreement</i>, form 470-0749, is a contract between the Department and the family. It is in effect until reviewed and replaced by a new agreement, or until terminated.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ If the adoptive parents have divorced or separated, use the circumstances of the custodial parent to negotiate the subsidy.</li> <li>■ Review the subsidy agreement when the child reached the age of 17½ to determine whether the child is eligible to receive a subsidy through age 21 due to a physical or mental disability. Complete the <i>Adoption IV-E Checklist</i>, form 470-4075, to determine if the child remains eligible for the subsidy through age 21.</li> <li>■ When the family requests a review of the subsidy agreement, negotiate the subsidy based on family circumstances and the needs of the child. Based on the negotiation, complete a new <i>Adoption Subsidy Agreement</i>, form 470-0749. Send an <i>Adoption Notice of Decision</i>, form 470-0745, and a copy of form 470-0749 to the family.</li> </ul>	<p>An adoptive family may request a review of the subsidy agreement whenever there is a change in the family's circumstances. The family has the responsibility to report changes regarding the special needs of the child and changes in the family's circumstances that affect the family's ability to meet the needs of the child.</p> <p>Once a subsidy agreement has been finalized, it cannot be modified by the Department without the consent of the adoptive parent.</p> <p>For additional information refer to 17-F(1):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Termination of Subsidy and</li> <li>■ Reinstatement of Subsidy.</li> </ul>

Policy	Procedure	Practice Guidance
<p><b>Transfer of Cases</b></p>	<p>When a family moves out of state, the Iowa worker shall continue to be responsible for the adoption subsidy.</p> <p>Observe the following guidelines unless the areas involved agree to an exception:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ When a child is placed in another service area for adoption, or a family moves to another service area during the adoption process, the placing area retains subsidy case responsibility until the presubsidy and subsidy agreements are completed.</li> <li>■ When a child is placed in an out-of-state adoptive home, or the adoptive family moves out of state during the adoption process, the placing service area retains responsibility for provision of subsidized adoption services.</li> <li>■ When a family moves to another service area after an adoption is finalized, transfer case responsibility to the new area.</li> </ul> <p>When responsibility for a subsidy case changes from one service area to another, submit form 470-3003, <i>Transfer of Subsidized Adoption Case</i>, to the service area manager in the receiving area, along with the entire subsidy case record with the transmittal form.</p> <p>Notify the family of the transfer of the case, the change of workers, and the reason for the change by the worker transferring the case.</p>	<p>Responsibility for a subsidy case may change when a family lives or moves out of a Department service area, but it is not automatic.</p> <p>The transfer shall be determined by factors such as the family's location, the timing of a move in relation to the adoption process, and case responsibility for the child.</p> <p>If the placement is at risk, consider retaining the placing worker until problems are stabilized or resolved.</p> <p>If the family requests the placing worker retain the case responsibility until the adoption is finalized in a short time, it may be in the best interest of the child to do so.</p>

**[ICAMA Notice of Medicaid Eligibility/Case Activation, Form 470-3699 \(ICAMA 6.01\)](#)**

Purpose	<p>Form 470-3699 is used to notify a new state of residence of the child's eligibility for Medicaid. The ICAMA compact administrator in the new resident state is responsible for:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Facilitating the issuance of a medical assistance eligibility card based on the documentation provided.</li><li>◆ Notifying Iowa of the child's Medicaid status.</li></ul>
Source	<p>This form is a PDF template available through the on-line manual.</p>
Completion	<p>The child's adoption subsidy worker completes ICAMA 6.01 when any child who receives adoption assistance (subsidy) moves from Iowa to another state, whether the child is IV-E-eligible or non-IV-E-eligible.</p>
Distribution	<p>Send the form to the adoption program manager in the Division of Child and Family Services along with a copy of the child's <i>Adoption Subsidy Agreement</i> (showing the child's basis for Medicaid eligibility). Keep a copy in the adoption subsidy file.</p> <p>The adoption program manager will inform the adoption compact administrator in the family's new state of residence that the child is eligible to receive Medicaid benefits in the new state of resident by sending:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ A copy of ICAMA 6.01</li><li>◆ A copy of the current <i>Adoption Subsidy Agreement</i></li></ul>
Data	<p>The form includes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Identifying information about the child and family.</li><li>◆ Information about Medicaid coverage for state-funded children.</li><li>◆ Information about other medical coverage the children have.</li><li>◆ Referral information. (Leave the "TO:" section blank.)</li><li>◆ A certification statement about the child's eligibility.</li></ul>

### IV-E Changes, Form 470-3918

Purpose	<p>Form 470-3918, <i>IV-E Changes</i>, is used by social work case managers (SWCM) and social worker IVs (SW4) to communicate information to IV-E income maintenance workers regarding changes that potentially affect IV-E eligibility and claiming. The IV-E worker uses the form to document:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The effect the reported change has on IV-E eligibility and claiming; and</li><li>◆ That a IV-E annual review was completed.</li></ul>
Source	<p>Complete this form on line using the templates available in the public state-approved forms folder on Outlook or on the DHS Intranet eForms web page. Supplies of the form can also be printed from the sample in the manual or the templates.</p>
Completion	<p>The <b>SWCM or IV-E worker</b> completes Section 1 regarding the child's information.</p> <p>The <b>SWCM</b> completes Section 2 regarding changes.</p> <p>The <b>SW4</b> completes Section 3 regarding the RE2 finding.</p> <p>The <b>IV-E worker</b> completes Sections 4 and 5 regarding impact the change has on IV-E eligibility and claiming requirements.</p>
Distribution	<p>The SWCM forwards the form to the IV-E worker.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The form can be sent via e-mail if there are no paper attachments included with the form.</li><li>◆ If a court order is received via e-mail, e-mail both forms to the IV-E worker.</li><li>◆ If there is a paper attachment (court order or voluntary placement agreement), forward the paper copy of the form along with the attachment.</li></ul> <p>The IV-E worker must file the completed copy of the form in the IV-E case record.</p>

## IV-E Changes

**SECTION 1: SWCM or IV-E Worker**

SWCM name / County #:	IV-E worker:	<input type="checkbox"/> Change <input type="checkbox"/> IV-E Worker Review MM/YY:	Today's date:
Child's name:	FACS ID:	SID:	

Child's current case permanency goal:  
 If attaching a court order, what was the case permanency goal in effect at the time of the hearing?

**SECTION 2: SWCM** – Place an 'x' in the box by the applicable changes and complete the information for those changes only.

<input type="checkbox"/> <b>No change/court order attached</b>	<input type="checkbox"/> Entered on FCTL																					
<input type="checkbox"/> <b>Change in placement (includes return home)</b> New placement name (including cottage): Address: Prior placement name: Address:	Effective date of change: Relationship: Relationship:																					
<input type="checkbox"/> <b>Relative placement license approved</b>	Effective date of license:																					
<input type="checkbox"/> <b>Guardianship transferred for permanent placement</b>	Date guardianship transferred:																					
<input type="checkbox"/> <b>Subsidized guardianship placement</b>	Effective date of subsidized guardianship:																					
<input type="checkbox"/> <b>Child in adoption presubsidy placement</b>	Effective date:																					
<input type="checkbox"/> <b>Court-ordered supervision has ended</b>	Date:																					
<input type="checkbox"/> <b>Parental rights have been terminated</b>	Date:																					
<input type="checkbox"/> <b>Change in child's circumstances</b> <input type="checkbox"/> School aged child is no longer attending school full time/obtaining GED or other training <input type="checkbox"/> Child's income or resources have changed	Date of change:																					
<input type="checkbox"/> <b>Change in initial removal household</b> <input type="checkbox"/> Someone moved into the home. Complete the information listed below.	Date of change:																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Name</th> <th style="width: 10%;">DOB</th> <th style="width: 10%;">SSN</th> <th style="width: 15%;">Relationship to Child</th> <th style="width: 10%;">Income</th> <th style="width: 20%;">Source <small>Where employed or type of income</small></th> <th style="width: 20%;">Gross Amount <small>Hours/week and rate or monthly amount</small></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Name	DOB	SSN	Relationship to Child	Income	Source <small>Where employed or type of income</small>	Gross Amount <small>Hours/week and rate or monthly amount</small>					<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N							<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Name	DOB	SSN	Relationship to Child	Income	Source <small>Where employed or type of income</small>	Gross Amount <small>Hours/week and rate or monthly amount</small>																
				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N																		
				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N																		
If both parents are in the home, is either parent unable to work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Name:																						
<input type="checkbox"/> Parent recovered from incapacity Name:																						
<input type="checkbox"/> Someone moved out of the home Name: Relationship to child:																						
<input type="checkbox"/> Income started or changed Name: Source:																						
<input type="checkbox"/> Income stopped Name: Source:																						

**Comments:**

**SECTION 3: SW4**

<input type="checkbox"/> <b>RE2</b>	Date due:	
<input type="checkbox"/> Yes	Date obtained:	Date FCTL / database entered:
<input type="checkbox"/> No	If not obtained by due date, stop claiming for the month following the due date until RE2 obtained.	

**Comments:**

SW4 signature:	Date:
----------------	-------

**SECTION 4: IV-E Worker** — Place an 'x' by the applicable changes and complete the information for those changes only.

<input type="checkbox"/> <b>RE1 (initial eligibility criteria)</b> <input type="checkbox"/> Yes – Date obtained: <input type="checkbox"/> No	<b>IVED entered?</b> <input type="checkbox"/> Yes – Date entered: <input type="checkbox"/> No
--	---

<input type="checkbox"/> <b>Reasonable efforts waived due to aggravated circumstances (initial eligibility criteria)</b> Date:	Date of permanency hearing:
---	-----------------------------

<input type="checkbox"/> <b>VPA – child left care from VPA placement with no RP&amp;C</b>	Date:	<input type="checkbox"/> Ended episode on IVED
---	-------	--

<input type="checkbox"/> <b>VPA – court order giving DHS/JCS RP&amp;C received prior to expiration of VPA (90 days)</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No – IV-E eligibility ends until such order is received
---

<input type="checkbox"/> <b>VPA – best interest finding within 180 days</b> <input type="checkbox"/> Yes – Date obtained: <input type="checkbox"/> No – IV-E eligibility ends for remainder of episode	Date FCTL entered:
--	--------------------

<input type="checkbox"/> <b>Court-ordered supervision ended</b>	Date:	<input type="checkbox"/> Ended episode on IVED
---	-------	--

<input type="checkbox"/> <b>Child no longer meets age/school attendance requirements</b> Comments:
---

<input type="checkbox"/> <b>Change in deprivation</b> <input type="checkbox"/> Deprivation no longer exists in the removal household <input type="checkbox"/> Deprivation met initially and now exists again in the removal household <input type="checkbox"/> Parental rights have been terminated so deprivation will continue to exist on an ongoing basis Comments:
---

<input type="checkbox"/> <b>Change in child's income</b> Child's countable income: vs. (maintenance payment x 1.85) Child's income meets IV-E criteria: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--

<input type="checkbox"/> <b>Change in child's resources</b> Child's countable resources: vs. limit Child's resources meet IV-E criteria: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---

<input type="checkbox"/> <b>Change in placement</b> IV-E claimable placement: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Reminder!</b> If a THV, review order for ongoing RP&C.
---

<input type="checkbox"/> <b>Annual review</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Child meets age/school attendance requirements <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Child continues to be deprived Reason: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Child's income within limits vs. (maintenance payment x 1.85) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Child's resources within limits vs. limit
---

**SECTION 5: IV-E Worker**

IV-E funding can be claimed: <input type="checkbox"/> SSI child (administrative and training funding only) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No – reason: If IV-E claiming status changed, effective date:
---

<b>ABC entries</b> <input type="checkbox"/> Child eligible under a different coverage group Aid type: Effective date of change: <input type="checkbox"/> Opened ABC case Aid type: Effective date: <input type="checkbox"/> Closed ABC case Reason: Effective date: Cancellation/redetermination forms sent: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, reason:
--

<b>Comments</b> (include months of retroactive claiming, claiming in error, end of episode, etc.):
--

IV-E Worker signature:	Date completed:
------------------------	-----------------

Data	Complete the form as follows:
<b>Section 1</b>	(SWCM or IV-E worker)  Complete the child's information.
<b>Section 2</b>	(SWCM): <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Complete the applicable section based on the type of change that occurred.</li><li>◆ Attach applicable court orders to the form.</li></ul>
<b>Section 3</b>	(SW4): <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Identify the RE2 due date.</li><li>◆ Indicate whether the attached court order contains an RE2 finding and the date FCTL / database entries were completed.</li><li>◆ Sign and date the form.</li></ul>
<b>Section 4</b>	(IV-E Worker):  Mark the box next to the applicable change and complete information regarding the change.
<b>Section 5</b>	(IV-E Worker): <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Indicate whether IV-E funding can be claimed. If the funding status changed, include the effective date of the change.</li><li>◆ Complete the information on ABC entries.</li><li>◆ Sign and date the form.</li></ul>

**IV-E Initial Placement Information, Form 470-3839**

Purpose	Form 470-3839 is used by the social work case manager (SWCM) to communicate information to the IV-E worker about a child's removal from the home. The IV-E worker needs this information to complete a determination of IV-E eligibility and claiming for children in out-of-home care. The IV-E worker uses this form to document the IV-E determination.
Source	Complete this form on line using the templates available in the public state-approved forms folder on Outlook or on the DHS Intranet eForms web page. Supplies of the form can also be printed from the sample in the manual or the templates.
Completion	<p>The <b>SWCM</b> initiates this form for each child who has been placed in out-of-home care, whether through a court order or through a voluntary placement agreement. Complete Section 1 of the form when a child is first placed in an out-of-home setting, within five working days of the agreement or order.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ For voluntary placements, also provide the IV-E worker with a copy of the voluntary placement agreement signed by the parents or guardian and the DHS case manager.</li><li>◆ For emergency removals and court-ordered removals, also provide the IV-E worker with a copy of the court order with the removal language.</li></ul> <p>The <b>IV-E worker</b> completes Section 2 through 5 to document whether IV-E initial eligibility and claiming requirements are met.</p> <p>If the court order does not contain "reasonable efforts" language, track the case to determine if the reasonable efforts determination has been made within 60 days. Once you obtain the reasonable efforts finding, complete form 470-3918, <i>IV-E Changes</i>.</p>

**IV-E Initial Placement Information**

SWCM name:		SWCM county #:	Today's date:
Child's name:	DOB:	FACS ID:	SID:

**SECTION 1: Information Needed About the Removal (SWCM complete questions 1 – 10)**

1. Removal order/VPA date:	2. Placement date:	3. Placed with relatives or suitable person? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	4. Placement name and address:
5. Who did the court find responsible for the events leading to the child's removal or who signed the VPA? Relationship:			
6. Did the child live with the person listed in #5 above in the month of removal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, when did the child last live with this person? Dates:			
7. Is the child in a licensed foster care placement? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, attach completed Medicaid application.			

8. Removal household information (this is the home of the person identified in #5 above)

Name (list everyone in home)	DOB	SSN	Relationship to Child	Income	Source Where employed or type of income	Gross Amount Hours/week and rate or monthly amount
				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		

Resources: List any resources owned by any member of the household (e.g., vehicles, bank accounts, etc.)

Who owns it?	Type of Resource	What is it worth?	Who owns it?	Type of Resource	What is it worth?

9. Absent parent information (name/child):
10. Is the child a full time student, obtaining a GED or other training? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**Comments:**

SWCM signature:	Date completed:	Date sent to IV-E Worker:
-----------------	-----------------	---------------------------

**SECTION 2 (IV-E Worker)**

1. Child enters care via:

Removal Type	Removal Month	CTW / BI Finding	RE1 Finding
<input type="checkbox"/> <b>Emergency Removal/ Court Order</b> Court order date:		In removal order? <input type="checkbox"/> Yes – date: <input type="checkbox"/> No – child not IV-E eligible	Within 60 days of removal? <input type="checkbox"/> Yes – date: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not due – due date:
<input type="checkbox"/> <b>Voluntary Placement Agreement</b> ■ VPA effective date:  ■ Date signed by parent/ guardian and DHS:		Within 180 days of placement? <input type="checkbox"/> Yes – date: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not due – due date:	Not applicable
<input type="checkbox"/> <b>No court order or VPA for removal</b>			

**SECTION 2, continued**

**2. Age/School Attendance** – child is under 18 or is 18 and expected to graduate before age 19.  Yes  No

**3. Citizen/Alien Status** – child is a U.S. citizen or qualified alien.  Yes  No

**4. Specified Relative**

a. Subject of CTW / BI finding or person who signed the VPA is a specified relative to the child.  Yes  No  
 Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

b. Child lived with this person in the removal month or within the six months before the removal month.  Yes  No

**5. Deprivation** – exists in removal household in month of removal. If yes, indicate reason:  Yes  No

Death – deceased parent(s):

Absence – absent parent(s):

Incapacity – incapacitated parent(s):

Unemployment or under employment (complete *IV-E Financial Worksheet* to document UP determination)

Mother's name: \_\_\_\_\_

Father's name: \_\_\_\_\_

*Complete IV-E Financial Worksheet ONLY if 1-5 are answered yes.*

**6. Removal Household Income** is under the Standard of Need in the removal month.  Yes  No

**7. Removal Household Resources** are under \$10,000.  Yes  No

**INITIAL IV-E ELIGIBILITY**

Yes  No All initial/one time (1-7) IV-E eligibility criteria met.

If no, reason:

**Important!** If no, child will never be IV-E eligible or claimable for this episode. Go to IV-E Claiming.

**SECTION 3: IV-E Claiming (IV-E Worker complete 1-4 only if IV-E eligible, otherwise indicate claiming)**

**1. Child's Income** is less than 185% of the child's maintenance payment.  Yes  No

**2. Child's Resources** are less than \$10,000.  Yes  No

**3. Responsibility for Placement and Care (RP&C)** given to DHS/JCS.  Yes  No  
 If yes, indicate date obtained: \_\_\_\_\_

**4. Claimable Placement** – child is in a IV-E claimable placement.  Yes  No

**IV-E CLAIMING**

Yes  No IV-E funding can be claimed for this child.  
 If no, reason: \_\_\_\_\_

Yes  No SSI child (Administrative/training funding only)

Comments (include months of retro claiming...): \_\_\_\_\_

**SECTION 4: System Entries (IV-E Worker)**

**1. FACS IVED** screen completed.  Yes  No  
 Date: \_\_\_\_\_

**2. Tracking Database** entries completed.  Yes  No  
 Date: \_\_\_\_\_

**3. ABC** entries completed.  Yes  No  
 Medicaid approved – aid type: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Relative/suitable person case established – aid type: \_\_\_\_\_

**SECTION 5: Signature (IV-E Worker)**

IV-E Worker signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Distribution

The SWCM forwards the form to the IV-E worker along with a copy of the court order or the voluntary placement agreement.

- ◆ The form can be sent via e-mail if there are no paper attachments included with the form.
- ◆ If you received the court order via e-mail, you can e-mail both forms to the other unit.
- ◆ If there is a paper attachment (court order or voluntary placement agreement), forward the paper copy of the form along with the attachment.

The IV-E worker must file the completed copy of the form in the IV-E case record.

Data

Complete the form as follows:

- Section 1** (SWCM)  
Complete the service worker and child's information regarding the child's situation, case identifying information, and removal household information.
- Section 2** (IV-E Worker)  
Determine if IV-E initial eligibility requirements are met and mark the applicable "Yes/No" box for each requirement. Include dates where applicable.
- Section 3** (IV-E Worker)  
Determine if the IV-E claiming requirements are met and mark the applicable "Yes/No" box for each requirement.
- Section 4** (IV-E Worker)  
Indicate whether the appropriate system entries have been made and the date entered.
- Section 5** (IV-E Worker)  
Sign and date the form.

**JCS Referral for Payment, Form 470-3334**

Purpose	The <i>JCS Referral for Payment</i> transfers information from the juvenile court officer (JCO) needed for DHS to set up a FACS case for payment of foster care services for children being supervised by a JCO.
Supply	Print or photocopy supplies of this form from the sample in the manual.
Completion	The JCO prepares the form on “payment-only” foster care cases (supervised by the JCO instead of a DHS service worker) when: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The child is placed in foster care.</li><li>◆ There is a change or new information relevant to the case (changes in demographics, new placements, reviews).</li><li>◆ The case closes.</li></ul>
Distribution	File the original in the juvenile court case file. Forward one copy to DHS. If the child has a disability, also send one copy to Benefit Team Services.
Data	The form includes information about: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The JCO.</li><li>◆ The foster child and the child’s parents.</li><li>◆ The child’s school status.</li><li>◆ The child’s removal and placement.</li><li>◆ The circumstances leading to the child’s removal.</li><li>◆ The child’s current living arrangement.</li><li>◆ The child’s current case permanency plan.</li><li>◆ Foster care administrative reviews.</li><li>◆ The child’s finances.</li><li>◆ Parental support, FIP, and SSI.</li></ul>



# STATE OF IOWA

CHESTER J. CULVER, GOVERNOR  
PATTY JUDGE, LT. GOVERNOR

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

┌

┐

Fecha:

└

┘

***Estimada familia adoptiva:***

El Department of Human Services planea finalizar la colocación de \_\_\_\_\_ en su hogar a partir del \_\_\_\_\_. La razón de este proceder es la siguiente:

Si usted no está de acuerdo con la idea de retirar a este niño de su hogar, podrá presentar su disconformidad por escrito en el área de servicios de DHS que le corresponde. Si usted presenta su disconformidad dentro de los siete días posteriores a la fecha de la presente, el administrador del área de servicios responsable del niño se reunirá con usted para oír las razones de su objeción. La reunión será mantenida antes de que el niño sea retirado, salvo que se compruebe alguna situación de abuso.

El administrador del area de servicios determinará si el retiro del niño atiende al interés superior de éste. Si se determina que el retiro no es lo más conveniente para el niño, el administrador del área de servicios podrá cambiar la decisión.

Esta reunión no representa un caso contencioso de conformidad con el Capítulo 17<sup>a</sup> del Código de Iowa. Usted no tiene el derecho de apelar el retiro de un niño de un hogar sustituto. En caso de tener alguna duda, no dude en contactarme.

Cordialmente,

*Asistente social*

Domicilio

Teléfono

470-3018(S) (12/07)

Copia 1: Prestador

Copia 2: Expediente del caso Record

**Letter of Removal, Form 470-3018 and 470-3018(S)**

Purpose	Form 470-3018 or 470-3018(S) is the means of informing an adoptive family when a placement is terminated. It contains all the information needed to meet the legal requirements for this action.
Source	Complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved adoption forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The child's guardian (DHS) decides who sends the <i>Letter of Removal</i> when the decision is made that the placement is terminated.
Distribution	Make a copy of the completed form. Give or send the original to the adoptive parents. File the copy in the child's case record.
Data	The form gives the reason for ending the placement and explains what the family can do if they object to the removal.

**Limited Services Eligibility, RC-0092**

Purpose	The <i>Limited Services Eligibility</i> , RC-0092, provides a list of services for children who enter the child welfare system through the CINA intake process. The chart spans the judicial actions in these cases and identifies the service options under each.
Source	The <i>Limited Services Eligibility</i> is available from the on-line manual.

**Long-Term Permanency Placement Agreement, Form 470-4540**

Purpose	Form 470-0450, <i>Long-Term Permanency Placement Agreement</i> , is an agreement between the Department or juvenile court services and the caregivers concerning the permanency placement of a child in foster care.
Source	Print or photocopy the form from the sample in manual and complete it by hand.
Completion	<p>The caseworker or juvenile court officer shall facilitate the <i>Long-Term Permanency Placement Agreement</i> for completion in conjunction with the caregivers and the foster child.</p> <p>The caseworker or juvenile court officer can fill in the foster child's name and date of birth and check the box that reflects the planned permanent living arrangement. The form is then given to the caregivers to sign and return to the Department caseworker or juvenile court officer.</p>
Distribution	Make two copies of the completed form. Keep the original in the child's case file. Provide a copy to the caregivers and to the foster child.
Data	Complete a new <i>Long-Term Permanency Placement Agreement</i> if there is a change in the long-term permanency placement.

## Long-Term Permanency Placement Agreement

This agreement is between \_\_\_\_\_, caregivers, and the Iowa Department of Human Services or Juvenile Court Services concerning placement of the child \_\_\_\_\_, born \_\_\_\_\_, for permanency placement care. This agreement is effective \_\_\_\_\_ and continues in force until the placement is ended or until a new agreement is signed.

The goal of a planned permanent living arrangement refers to a situation in which the transfer of legal custody of a child to a relative for adoption is not in the child's best interest. (45 CFR 1356.21) The Department maintains supervision of the child, care and custody responsibilities, and places the child in a setting in which the child is expected to remain until adulthood.

A plan for long-term foster care must serve the child's best interest and the court may order a child into long-term foster care only when the following conditions are met:

- The court must find there are compelling reasons why adoption or transfer of permanent legal and physical custody are not in the child's best interest, and
- The child has reached the age of 12 years and reasonable efforts to locate an adoptive home or permanent home with a relative have not been successful, or
- The child is a sibling of a child age 12 or older who is ordered into long-term foster care and the siblings have a significant, positive relationship, and are ordered into the same long-term foster care home.

Check the child's planned permanent living arrangement goal below that most closely reflects the one in the case file:

- Emancipation or independence: Child is expected to remain in existing placement until the child reaches the age of majority. Usually when this type of goal is specified, the child is age 16 or older, but that is not always the case.
- Long-term foster care placement with a non-relative or non-relative foster parent.
- Long-term foster care placement with a specified relative.
- Placement in a group foster care placement or residential facility until transition to an adult care facility.
- Other (specify): \_\_\_\_\_

The long-term care status of a child can be changed at any time by a person or the Department who makes a motion to the court:

- To reunify the child with a parent, or
- Transfer permanent legal and physical custody, or
- Termination of parental rights so the child can be adopted.

I agree to provide care for this child until the child reaches adulthood.

\_\_\_\_\_  
Caregivers

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
DHS Caseworker Supervisor or JCO Supervisor

\_\_\_\_\_  
Date

**Medicaid Referral, Form 470-3061 and 470-3061(S)**

Purpose	The <i>Medicaid Referral</i> , form 470-3061 or 470-3061(S), is designed to refer families receiving child welfare services to apply for Medicaid. It is to be used in conjunction with the <i>Health Services Application</i> , form 470-2927 or 470-2927(S).
Source	Print the English or Spanish version of this form from the online manual or photocopy from the sample in the paper manual.
Completion	When a family that is not currently covered by Medicaid could benefit from financial support for medical and mental health services, the social work case manager responsible for the service case shall: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Complete the identifying information on the form.</li><li>◆ Give this form to the family along with a <i>Health Services Application</i>.</li></ul>
Distribution	Make two copies of the completed form. Attach one to the <i>Health Services Application</i> and send or give it to the family. Send one copy to the local office IM Unit. File the remaining copy in the case record.
Data	<b>County No.:</b> Enter the number of the county where the family resides.  <b>Referring Worker No.:</b> Enter your worker number (e.g., CSA1).  <b>Date of Referral:</b> Enter the current date.  <b>Client:</b> Enter the name of the child who is the focus of the services.  <b>SS No.:</b> Enter the child's social security number.  <b>Custodial Relative:</b> Enter the name of the head of the child's household.  <b>Address:</b> Enter the family's address.

Iowa Department of Human Services

**MEDICAID REFERRAL**  
(DERIVACIÓN A MEDICAID)

Condado No. \_\_\_\_\_

Asistente No. \_\_\_\_\_

Fecha de derivación \_\_\_\_\_

Cliente (Niño/a) \_\_\_\_\_

S.S. No. \_\_\_\_\_

A cargo de/Familiar \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para garantizar que se continúe con la prestación de servicios a los niños de Iowa, invitamos a usted y a su familia a solicitar su inclusión en el programa Medicaid (programa de asistencia médica del gobierno para personas de pocos recursos).

Su cooperación nos ayudará a optimizar la utilización del dinero del estado y los fondos federales para la provisión de servicios.

Si se determina que es elegible para participar en dicho programa, Medicaid cubrirá no solo el costo de los servicios sociales sino también los servicios médicos para su familia (es decir, médico, hospital, farmacia, odontología, etc.).

Por favor, complete la solicitud adjunta y entréguela en la oficina del Department of Human Services del condado dentro del plazo de diez días. Posteriormente se programará una entrevista. Usted deberá presentar comprobantes de sus ingresos y recursos familiares como así también los números de seguridad social de todos los integrantes de su familia.

El domicilio y el número telefónico de la oficina de DHS de su condado es el siguiente:

( )  
( )  
( )  
( )

Sello del condado

Copia 1: Cliente    Copia 2: Unidad IM del condado    Copia 3: Expediente del caso

Iowa Department of Human Services  
**Medical Transportation Claim**

**I. IDENTIFICATION** (to be completed by the member)

Medicaid member's name	Phone number	Medicaid number	
Address	City	State	Zip

**II. TRIP INFORMATION** (to be completed by the member or guardian)

Name of individual or provider providing transportation			
Address of individual providing transportation if different from member Street address		City	State Zip
<input type="checkbox"/> Own car <input type="checkbox"/> A friend or relative drove <input type="checkbox"/> Nursing facility <input type="checkbox"/> Public provider      Name:		Total miles, round trip	Charges
Dates of trip		Time of departure	Time of return
From street address		City	State Zip
			<input type="checkbox"/> Meals      \$ _____ Includes escort: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lodging      \$ _____ Includes escort: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**III. MEDICAL SERVICES** (to be completed by the Medicaid provider of medical care)

Name, address and phone of medical provider	<input type="checkbox"/> Chiropractor <input type="checkbox"/> Mayo Clinic <input type="checkbox"/> Dentist <input type="checkbox"/> Lab <input type="checkbox"/> Dialysis <input type="checkbox"/> Mental health therapy <input type="checkbox"/> Family doctor <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> Doctor-specialist <input type="checkbox"/> Psychiatrist <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> Hospital-specialist <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> U. of Iowa hospitals
I certify that I provided service to the member on the dates set forth above. Signature of Provider (or authorized representative)	Dates of visits:  Time in: Time out:
Is the member required to stay overnight? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is an escort required? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**IV. CERTIFICATION BY MEMBER**

I certify that I or the person I represent received the medical transportation as set forth above. I authorize the Department of Human Services to contact the provider of transportation or medical services to verify this statement or get more information if necessary.

Signature of member or representative	Date
---------------------------------------	------

**V. LOCAL OFFICE USE ONLY**

<input type="checkbox"/> Approved	Amount	\$ _____	Explanation:
<input type="checkbox"/> Partially Approved	Amount	\$ _____	Explanation:
<input type="checkbox"/> Denied	Amount	\$ _____	Explanation:

Signature of worker	Worker number	Date
---------------------	---------------	------

(See other side for additional information and instructions.)

## Medical Transportation Claim

### Procedure to Obtain Payment

You must submit this form to your local Department of Human Services office for each trip to receive medical care for which you are claiming payment. Use a separate form for each separate trip. If you make more than one trip to a specific provider of service in one calendar month, you may report all the trips to one provider during a month on one claim form in Section II. The provider will enter the dates of all visits that month in Section III. Bring or mail the form to your local Department of Human Services as soon as possible following completion of each trip. **Payment cannot be made on claims where more than 365 days elapse between the date the transportation took place and the date the claim is received in the local office of the Department of Human Services.** In most instances payment will be made directly to you by check from the Iowa Department of Human Services.

**We suggest that you keep a copy of the claim for your records.**

### INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE CLAIM

- I. IDENTIFICATION** - This section is to be completed by you or someone acting in your behalf. Enter your name, phone number, address and Medicaid number.
- II. TRIP INFORMATION** - This section is to be completed by you. Enter the name and address of individual or provider who provided transportation. Check the box next to the way you were transported and the date of the trip. The total miles traveled round trip must be entered and the charge made to you by the provider of transportation. If this was a flat sum, you should enter the amount in the total miles field. If the charge was based on gasoline, the amount for gas should be entered in the total miles field. The beginning point of the transportation should be entered. List meals and lodging for each trip along with costs incurred.
- III. MEDICAL SERVICES** - This section is to be completed by the provider of medical services (doctor, dentist, hospital, etc.). The provider or some designated person in the provider's office should sign the form. Provider will need to note the time of arrival and departure by listing this time on the time in, time out line. Note: If you got service from more than one provider of medical care during the trip, information concerning only one of the providers needs to be entered in this section.
- IV. CERTIFICATION BY MEMBER** - You, or the person acting in your behalf, should enter your signature and the date in the space provided. You will note that if the local Department office has questions concerning the mileage or the charges submitted, you are authorizing them to contact the provider of transportation or medical services for further information or verification.
- V. LOCAL OFFICE USE ONLY** - Do not write in this space. It is for the use of the Department.

Iowa Department of Human Services  
**Medical Transportation Claim**  
**(Reclamo por Transporte Médico)**

**I. IDENTIFICACIÓN** (a ser completado por el asociado)

Nombre del asociado a Medicaid	Número de teléfono	Número de Medicaid	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

**II. INFORMACIÓN SOBRE EL VIAJE** (a ser completado por el asociado o su tutor)

Nombre de la persona o prestador que brindó el servicio de transporte			
Domicilio de la persona que brindó el servicio de transporte si fuera diferente del domicilio del asociado	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="checkbox"/> Automóvil propio <input type="checkbox"/> Manejó un amigo o familiar <input type="checkbox"/> Establecimiento de atención <input type="checkbox"/> Prestador público      Nombre: _____	Total de millas, viaje ida y vuelta	Cargos <input type="checkbox"/> Comidas \$ _____ Incluye acompañante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alojamiento \$ _____ Incluye acompañante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Datos sobre el viaje	Hora de salida	Hora de regreso	
Desde (dirección)	Ciudad	Estado	Código postal

**III. SERVICIOS MÉDICOS** (a ser completado por el prestador de servicios médicos de Medicaid)

Nombre, domicilio y teléfono del prestador de servicios médicos	<input type="checkbox"/> Quiropráctico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Médico de cabecera <input type="checkbox"/> Médico especialista <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Especialista - Hospital <input type="checkbox"/> Hospitales de U. de Iowa	<input type="checkbox"/> Clínica Mayo <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Terapia salud mental <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Otros servicios: _____
Certifico que atendí al asociado en las fechas arriba detalladas. Firma del prestador (o representante autorizado)		Fechas de las visitas:  Hora de llegada: Hora de partida:
¿Es necesario que el asociado permanezca durante la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      ¿Se necesita acompañante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**IV. CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL ASOCIADO**

Certifico que yo, (o la persona a la cual represento), recibí (o recibió) el servicio de transporte médico anteriormente detallado. Autorizo al Department of Human Services a contactarse con el prestador del servicio de transporte o el prestador de servicios médicos para verificar esta declaración u obtener más información si fuera necesario.

Firma del asociado o representante	Fecha
------------------------------------	-------

**V. SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA LOCAL**

<input type="checkbox"/> Aprobado	Monto	\$ _____	Explicación:
<input type="checkbox"/> Parcialmente aprobado	Monto	\$ _____	Explicación:
<input type="checkbox"/> Rechazado	Monto	\$ _____	Explicación:

Firma del asistente	Número del asistente	Fecha
---------------------	----------------------	-------

(Ver el reverso para más información e instrucciones.)

**Medical Transportation Claim  
(Reclamo por Transporte Médico)**

**Procedimiento para obtener el pago**

Usted debe presentar este formulario ante la oficina del Department of Human Services de su localidad por cada viaje que se haya realizado por atención médica y respecto del cual reclama pago. Utilice un formulario por separado por cada viaje realizado. Si realiza más de una visita al mismo prestador en determinado mes calendario, podrá informar todas las visitas a dicho prestador durante ese mes en un mismo formulario en la Sección II. El prestador deberá ingresar las fechas de todas las visitas del mes en la Sección III. Presente el formulario, ya sea personalmente o por correo, en la oficina del Department of Human Services de su localidad a la brevedad posible después de cada viaje. No podrán realizarse pagos sobre ningún reclamo en el caso de que hayan transcurrido más de 365 días entre la fecha en que tuvo lugar el servicio de transporte y la fecha en que el Department of Human services recibió el reclamo. En la mayoría de los casos el pago se realizará directamente al asociado mediante cheque emitido por el Iowa Department of Human Services.

**Le sugerimos guardar una copia del reclamo para sus registros.**

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL RECLAMO**

- I. IDENTIFICACIÓN** – Esta sección deberá ser completada por el asociado o la persona que lo represente. Ingrese su nombre, número de teléfono, domicilio y número de Medicaid.
- II. INFORMACIÓN SOBRE EL VIAJE** – Esta sección deberá ser completada por el asociado. Ingrese el nombre y el domicilio de la persona o prestador que brindó el servicio de transporte. Marque el casillero que figura al lado del modo en que fue transportado e ingrese la fecha del viaje. Se debe ingresar el total de millas realizadas en el viaje de ida y vuelta y el monto que le cobró el prestador del servicio de transporte. Si se trata de un monto fijo, deberá consignar dicho monto en el campo de total de millas. Si el monto se basó en la gasolina utilizada, el monto de la gasolina deberá figurar en el campo de millas totales. Se deberá ingresar el punto de partida del transporte. Consigne las comidas y el alojamiento para cada viaje junto con los gastos incurridos.
- III. SERVICIOS MÉDICOS** – Esta sección debe ser completada por el prestador de servicios médicos (médico, odontólogo, hospital, etc.). Este formulario deberá estar firmado por el prestador u otra persona designada para tal fin en el consultorio del prestador. El prestador deberá anotar la hora de llegada y la hora de partida en el espacio habilitado para tal fin en el formulario. Nota: Si usted fue atendido por más de un prestador de servicios médicos durante la visita, solamente deberá ingresar los datos de uno de ellos.
- IV. CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL ASOCIADO** – El asociado, o la persona que lo represente, debe estampar su firma y la fecha en el espacio provisto para tal fin. Queda establecido que si la oficina del Departamento de su localidad tuviera alguna duda sobre la cantidad de millas o los cargos declarados, usted los autoriza a contactarse con el proveedor del servicio de transporte o servicio médico para obtener más información o para una verificación.
- V. PARA USO DE LA OFICINA LOCAL SOLAMENTE** – No escriba ningún dato en esta sección. Es para uso del Departamento.

**Medical Transportation Claim, Form 470-0386 and 470-0386(S)**

Purpose	Foster care providers use form 470-0386 or 470-0386(S) to file a claim with the local office for medical transportation. The back of the form provides an explanation of transportation policy and instructions for completion of the form.
Source	Both the English and Spanish versions of this form are printed in pads of 50 forms. Order supplies from Iowa Prison Industries at Anamosa.  DHS staff may also complete the English version on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.
Completion	Give a supply of these forms to each foster care provider. The form is prepared at the time of receipt of medical transportation.  One form must be prepared for each trip. <b>Exception:</b> A child who makes multiple trips to the same medical provider in one calendar month can consolidate the trip information in Section II and the provider information in Section III (Medical Services) on one form.  If separate providers of medical care are involved, a separate form is required for each.
Distribution	The foster care provider submits claim to the service unit. The service unit sends it to the child's IM worker for review according to procedures in 8-M, <a href="#">Processing Medical Transportation Claims</a> . Following ABC entries to pay the claim, the form is filed in the child's Medicaid case record.  Send the foster care provider two copies of the claim form for the next trip.

**BILLING FORM**  
**NON-LAW ENFORCEMENT RECORD CHECK**

**DATE** \_\_\_\_\_

**ACCOUNT NUMBER** DHS \_\_\_\_\_

**TO:** Iowa Division of Criminal Investigation  
Bureau of Identification, 1st Floor  
215 E 7th Street  
Des Moines, Iowa 50319  
(515) 281-4776  
(515) 725-6080 (fax)

**FROM:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Ph. #** \_\_\_\_\_

A completed billing form is required when submitting record check requests to the DCI. \*Each last name submitted requires a separate request form with payment for each. Only one billing form is needed when submitting several requests at the same time.

**Payment must be included unless a pre-paid account is established.** All pre-paid accounts must submit an account number.

**MAIL-BACK**

Fee per last name \$ **13.00** \_\_\_\_\_

Number of requests \* \_\_\_\_\_

Amount enclosed \$ \_\_\_\_\_

**METHOD OF PAYMENT:**  Check  Money Order  Cash  Pre-arranged billing

**MC / VISA** **Acct. #:** \_\_\_\_\_ **Exp. date:** \_\_\_\_\_  
(Circle one)

**Cardholder's Name:** \_\_\_\_\_

On the lines provided below, please write the last name(s) of the person(s) you are submitting the record check on. This is important for tracking purposes.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

**Non-Law Enforcement Record Check Billing Form, Form 595-1494**

Purpose	Form 595-1494, <i>Non-Law Enforcement Record Check Billing Form</i> , is used to authorize payment to the Department of Public Safety, Division of Criminal Investigations, for performing criminal record checks for prospective relative placements.
Source	DHS service staff can complete this form on line using the template available through the public state-approved forms folder on Outlook. (IM workers can complete the form on line using the template available on the Intranet eForms web page.)
Completion	<p>Complete this form each time a/ <i>Non-Law Enforcement Record Check Request, Form A</i>, form 595-1489 or 595-1489(S), is sent to the Division of Criminal Investigations. Be sure to complete the section headed "From:" with your complete office address.</p> <p>If you send <i>Form A's</i> without a <i>Billing Form</i>, the Division of Criminal Investigations will return them to you, incomplete, and require \$13 for each name requested.</p>
Distribution	Send to the Division of Criminal Investigations with <i>Form A</i> . If sending several <i>Form A's</i> at the same time, you need to send just one <i>Billing Form</i> , completed to show how many names you are requesting be checked in that batch of forms. The form is designed to be used with a window envelope.
Data	<p>Complete the form as follows before submitting it:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Enter the requesting DHS office's name and address in the "From:" section.</li><li>◆ Enter the number of surnames submitted with this form in the "Number of Requests:" field, including each alias name, maiden name, and previous married name. This number should match the number of <i>Form A's</i>, accompanying the <i>Billing Form</i>.</li><li>◆ Following the "Amount enclosed," enter nothing.</li><li>◆ Under "METHOD OF PAYMENT," check "Pre-arranged billing."</li></ul>

**Non-Law Enforcement Record Check Request Form A, Form 595-1489 and 595-1489(S)**

**Purpose** *Non-Law Enforcement Record Check Request Form A*, form 595-1489 or 595-1489(S), is used to request a check for criminal convictions on the prospective relative placement and anyone aged 14 or over who lives in the relative's home or has access to a child when the child is alone.

The Division of Criminal Investigations also uses this form to report the results of the check.

**Source** DHS service staff can complete the English version this form on line using the template available through the public state-approved forms folder on Outlook. (IM workers can complete the form on line using the template available on the Intranet eForms web page.)

The English version of this form is also printed in pads of 50 two-part sets. Order supplies from Iowa Prison Industries in Anamosa.

Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.

**Completion** At the time of initial consideration of the relative for placement, complete this form for:

- ◆ The relative, and
- ◆ Each person aged 14 or over who:
  - Resides in the relative's home,
  - Works in the home, or
  - Has access to a child when the child is alone.

Obtain the signature of the person being checked under "waiver," so a complete record check may be performed.

Be sure to complete the section headed "From: \_\_\_\_\_" with the complete address of your office. When the record check is completed, the Division of Criminal Investigations will return the form by regular mail to the office shown in this section.

**State of Iowa**  
**NON-LAW ENFORCEMENT RECORD CHECK REQUEST**  
**FORM A**

ACCOUNT NUMBER            DHS           

**TO: Iowa Division of Criminal  
Investigation  
Bureau of Identification, 1st Floor  
215 E 7th Street  
Des Moines, Iowa 50319  
(515) 281-4776  
(515) 725-6080 (fax)**

**FROM:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Phone #** \_\_\_\_\_  
**Fax #** \_\_\_\_\_

I am requesting an **IOWA CRIMINAL HISTORY** check on:

(Type or Print Legibly)

**REQUEST**

\_\_\_\_\_  
**Last Name**  
(mandatory)

\_\_\_\_\_  
**First Name**  
(mandatory)

\_\_\_\_\_  
**Middle Name**  
(recommended)

\_\_\_\_\_  
**Date of Birth**  
(mandatory)

\_\_\_\_\_  
**Sex**  
(mandatory)

\_\_\_\_\_  
**Social Security Number**  
(recommended)

\_\_\_\_\_  
**Signature of Requester**

*There is a separate Form "A" required for each last name submitted*

(DCI Use Only)

**RESULTS**

As of \_\_\_\_\_, a name and date of birth check revealed:

**CCH record attached**

**No CCH record found**

DCI initials \_\_\_\_\_

**WAIVER**

I hereby give permission for the above requesting official to conduct an Iowa criminal history record check with the Division of Criminal Investigation. Any information maintained by the DCI may be released as allowed by law.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## **WAIVER:**

Iowa law does ***not*** require a waiver. However, without a waiver any arrest over 18 months old, ***without*** a disposition, cannot be given to a non-law enforcement agency. Attached waivers are **not** accepted.

Deferred judgments where DCI has received notice of successful completion of probation also cannot be given out to non-law enforcement agencies without a signed waiver.

## **General Information:**

The information requested is based on ***name*** and ***exact date of birth only***. Without fingerprints, a ***positive*** identification cannot be assured. If a person disputes the accuracy of information maintained by the Department, they may challenge the information by writing to the address on the front of this form or personally appearing at DCI headquarters during normal working hours.

The records maintained by the Iowa Department of Public Safety are based upon reports from other criminal justice agencies and therefore, the Department cannot guarantee the completeness of the information provided.

The criminal history check is of the Iowa Central Repository only. No other state or federal agency records can be searched under current law.

In Iowa, a ***deferred judgment is not*** considered a conviction once the defendant has been discharged after successfully completing probation. However, it should be noted that a deferred judgment may still be considered as an offense when considering charges for certain specified multiple offense crimes, i.e., second offense OWI. If a disposition reflects that a deferred judgment was given, you may want to inquire of the individual his or her current status.

A ***deferred sentence is*** a conviction. The judge simply withholds implementing a sentence for a certain probationary period. If probation is successful, the sentence is not carried out.

Any questions in reference to Iowa criminal history records can be answered by writing to the address on the front of this form or calling (515) 725-6066 between 8:00 a.m. and 4:30 p.m., Monday - Friday.

If the "No CCH record found" box is checked, it could also mean that information in the file is not releasable per Iowa law without a waiver.

**REMINDER** – (1) Send in a separate form for each surname, (2) \$13 for each surname, \$15 fax or \$5 volunteer, (3) Attach a billing form with request(s), and (4) Submit a self-addressed envelope. Iowa law requires employers to pay the fee for potential employees' record checks.

**Estado de Iowa**  
**NON-LAW ENFORCEMENT RECORD CHECK REQUEST**  
**FORM A**  
**(SOLICITUD DE REVISIÓN DE REGISTRO POR AGENCIA DIFERENTE DE**  
**APLICACIÓN DE LA LEY**  
**FORMULARIO A)**

ACCOUNT NUMBER   DHS  

**PARA:** Iowa Division of Criminal Investigation  
 Bureau of Identification, 1st Floor  
 215 E 7th Street  
 Des Moines, Iowa 50319  
 (515) 281-4776  
 (515) 725-6080 (fax)

**DE:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Tel #** \_\_\_\_\_

**Fax #** \_\_\_\_\_

Estoy pidiendo una revisión de **ANTECEDENTES CRIMINALES DE IOWA** sobre:

(Escriba a máquina o a mano legiblemente)

**SOLICITUD**

<b>Apellido</b> (obligatorio)	<b>Nombre</b> (obligatorio)	<b>Segundo nombre</b> (recomendado)
<b>Fecha de nacimiento</b> (obligatorio)	<b>Sexo</b> (obligatorio)	<b>Número seguridad social</b> (recomendado)
<b>Firma del solicitante</b>		

*Se requiere un Formulario "A" independiente para cada apellido solicitado*

(Uso exclusivo DCI)

**RESULTADOS**

El \_\_\_\_\_, Una revisión de nombre y fecha de nacimiento reveló

**Registro CCH adjunto**                       **Ningún registro CCH encontrado**

Iniciales DCI \_\_\_\_\_

**RENUNCIA**

Por el presente documento autorizo al funcionario solicitante a que realice una revisión del registro de antecedentes criminales de Iowa en la División de Investigación Criminal. Cualquier información que tenga la DCI puede ser revelada según lo permita la ley.

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------

## **RENUNCIA:**

Las leyes de Iowa **no** exigen una renuncia. Sin embargo, sin una renuncia, cualquier arresto después de los 18 años, **sin** una disposición, no puede ser entregado a una agencia que no sea de aplicación de la ley. Las renunciaciones anexadas **no** son aceptadas.

Los juicios aplazados en los que la DCI haya recibido aviso de terminación exitosa de libertad condicional, tampoco pueden entregarse a agencias diferentes de aquellas de aplicación de la ley sin una renuncia debidamente firmada.

## **Información general:**

La información solicitada se basa en el **nombre y fecha exacta de nacimiento únicamente**. Sin huellas digitales, no se puede asegurar una identificación **positiva**. Si una persona discute la exactitud de la información que tenga el Departamento, puede impugnar la información escribiendo a la dirección que aparece al frente de este formulario, o compareciendo personalmente en las oficinas de la DCI durante horas normales de oficina.

Los registros conservados por el Iowa Department of Public Safety se basan en reportes de otras agencias de justicia penal, y por lo tanto, el Departamento no puede garantizar que la información suministrada esté completa.

La revisión de la historia criminal es únicamente del Iowa Central Repository. No se pueden buscar otros registros de agencia estatal o federal bajo la actual ley.

En Iowa, un **juicio aplazado no** es considerado una condena una vez que el acusado ha sido liberado tras terminar exitosamente la libertad condicional. Sin embargo, debe anotarse que un juicio aplazado puede aún ser considerado una ofensa cuando se consideren los cargos para ciertos crímenes especificados como de múltiples ofensas, ej., segunda ofensa OWI. Si una disposición refleja que se ha hecho un juicio aplazado, usted querrá preguntar el estatus corriente del individuo.

Una **sentencia aplazada es** una condena. El juez simplemente se abstiene de implementar una sentencia por un período determinado de prueba. Si la prueba es exitosa, la sentencia no se ejecuta.

Cualquier pregunta en relación con los registros de historia criminal de Iowa podrá responderse escribiendo a la dirección que aparece al frente de este formulario o llamando al (515) 725-6066 entre 8:00 a.m. y 4:30 p.m., lunes a viernes.

Si la casilla “**Ningún registro CCH encontrado**” está marcada, también puede significar que la información del archivo no puede revelarse según las leyes de Iowa sin una renuncia.

**RECORDATORIO** – (1) Envíe un formulario distinto para cada apellido, (2) \$13 por cada apellido, \$15 fax o \$5 voluntario, (3) Adjunte un formulario de facturación con las solicitudes, y (4) Envíe un sobre preimpreso. Las leyes de Iowa exigen que los empleadores paguen la cuota para las revisiones de registros de potenciales empleados.

Distribution

Send one copy by regular mail or fax to the Division of Criminal Investigations. The form is designed to be used with a window envelope. Use the address and fax number on the form.

Form 595-1494, *Non-Law Enforcement Record Check Billing Form*, must accompany *Form A*. When submitting more than one *Form A*, send one *Billing Form* which shows how many names you are requesting to be checked in that batch of forms.

When the form is returned, destroy the copy. If no criminal records are found, file the form in the provider's file.

Submit forms indicating criminal records to the service area evaluation team to evaluate the conviction. Keep these forms in a separate file.

Data

Complete the form as follows before submitting it:

- ◆ Enter the requesting worker's name, work address, fax number and telephone number in the "From:" spaces.
- ◆ Enter the name, maiden name, sex, social security number, and birth date of the person whose records are requested.
- ◆ The requesting worker signs the "request" section.
- ◆ The person being checked signs the "waiver" section.

**Notice of Child Abuse Assessment: Confirmed Not Registered,  
Form 470-3575 and 470-3575(S)**

Purpose	The purpose of form 470-3575 is to notify designated persons that a child protective assessment has been concluded and of the outcome of the assessment and appeal rights.
Source	The English version of this form is available as a template through the Document Generator (DOCM) on the STAR system. You may also complete this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The child protective worker generates this form following the assessment, when abuse was determined to have occurred by a preponderance of the evidence, but the incident was not placed on the Registry because the incident was minor, isolated, and unlikely to reoccur. Prepare a form for: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The mandatory reporter who made the report if applicable.</li><li>◆ DHS child protection worker who assisted in completing the assessment by conducting a courtesy interview.</li></ul> The subject of the assessment or that person's legal representative completes page 2 of the form when the subject wishes to receive those portions of the summary to which they may be entitled.
Distribution	Send two copies of the form to subjects of the report and one copy to other persons being notified.  Also send the written summary of the assessment to subjects in the household who participated. Send one copy to the mandatory reporter who made the report, if applicable.  Maintain a copy of each notice for the case file.

**NOTICE OF CHILD ABUSE ASSESSMENT: CONFIRMED NOT REGISTERED  
(NOTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DE ABUSO INFANTIL: CONFIRMADO NO REGISTRADO)**

Fecha	Incidente Número	Asistente de Child Protective
		Supervisor de Child Protective
		Teléfono
		Domicilio Oficina DHS

USTED HA RECIBIDO ESTA NOTIFICACIÓN PORQUE USTED ES:

LE NOTIFICAMOS QUE:

- El Departamento ha completado su evaluación de esta denuncia.
- Se ha presentado un addendum (adición) al sumario de la evaluación inicial de protección infantil.

**LA DECISIÓN DEL DEPARTAMENTO ES: Este incidente está CONFIRMADO pero NO INSCRIPTO en el Central Abuse Registry (Registro General de Abuso Infantil). Esta decisión podría ser diferente a la resolución de abuso correspondiente a su hijo/a. Ver a continuación.**

**TIPOS DE FALLOS POR ABUSO: Fundado (Confirmado e Inscripto)** significa que más de la mitad de la evidencia disponible muestra que ocurrió abuso, y el abuso REÚNE los criterios necesarios para su inscripción en el Central Abuse Registry. Este sumario evaluativo será conservado en el Registro por diez años (o diez años después del abuso confirmado más reciente cuando la misma víctima o persona responsable sea inscrita en el Registro). Este sumario permanecerá precintado por ocho años y luego será destruido. Un sumario correspondiente a abuso sexual fundado permanecerá precintado por ocho años y luego será destruido.

**Confirmado** significa que más de la mitad de la evidencia disponible muestra que el abuso ocurrió, pero el abuso NO reúne los criterios necesarios para su inscripción en el Central Abuse Registry. El sumario evaluativo de abuso infantil se conservará por cinco años a partir de la fecha de admisión o cinco años a partir de la fecha de finalización del informe del servicio, lo que ocurra último.

**No Confirmado** significa que no fue posible determinar, por medio de más de la mitad de la evidencia disponible, que ocurrió abuso. El sumario de evaluación de abuso infantil se conservará por cinco años a partir de la fecha de admisión o cinco años a partir de la fecha de finalización del informe del servicio, lo que ocurra último.

ESTE INFORME CORRESPONDE A:

Nombre del/de los menor(es) y tipo(s) de abuso(s)	Persona(s) Responsable(s)
---	---------------------------

Incidente Número:

**RESÚMEN DE RECOMENDACIONES:**

- Se recomendaron o continuaron servicios de tratamiento médico (DHS u otra agencia).
- Se recomendó o continuó acción judicial en corte juvenil.

**ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE ABUSO INFANTIL:** El sujeto de un sumario evaluativo de protección infantil tiene el derecho de recibir la información contenida en dicho sumario. "Sujetos" incluye al menor víctima de abuso, a la persona presuntamente responsable del abuso, padres, tutor o guardián del menor mencionado como abusado en el informe, y a los abogados que representen a los sujetos.

Si usted es uno de los sujetos y no ha recibido el sumario escrito junto con esta notificación, puede solicitarlo. Complete la sección que aparece a continuación y devuélvala a la oficina DHS del condado al domicilio de esta notificación. Un número limitado de profesionales y agencias también pueden recibir información sobre abuso infantil bajo ciertas circunstancias, pero la confidencialidad de la información sobre abuso infantil está protegida por la ley. El denunciante también puede solicitar una copia de las evaluaciones de abuso infantil fundado. [Referencia Legal: Iowa Code section 235A.15(2)]

Nombre del solicitante:
Domicilio:
Relación con el/los menor(es) mencionado(s) en el informe:

**REDISEMINACIÓN:** Una persona que reciba información sobre abuso infantil no podrá entregar dicha información a otra persona (rediseminarla) a menos que esté legalmente autorizada. Si usted entrega información sobre abuso infantil a otra persona, deberá redactar un informe sobre este hecho y enviarlo en un plazo de 30 días a Central Abuse Registry, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. [Referencia legal: Iowa Code section 235A.17(1)]

**SANCCIONES PENALES:** Cualquier persona que intente obtener información sobre abuso infantil por medio de engaños, que entregue información sobre abuso infantil, que entregue información falsa sobre abuso infantil, o que viole cualquiera de las leyes correspondientes a la divulgación de información sobre abuso infantil, será acusada de cometer un delito menor. [Referencia legal: Iowa Code section 235A.21]

**CONSECUENCIAS DE UN INFORME DE ABUSO INFANTIL FUNDADO:** Un informe de abuso infantil fundado no es una condena penal. Si usted es encontrado responsable de abuso a un menor y su nombre es inscripto en el Central Abuse Registry, tendrá prohibido proporcionar cuidado infantil o cuidado tutelar a menores. Tampoco podrá adoptar un niño, ni trabajar en un centro de atención infantil ni cuidar de un adulto a su cargo. Las prohibiciones dependerán de la evaluación que el Departamento realice del sumario de protección infantil. [Referencia legal: Iowa Code sections 125.14A(2), 135C.33, 135H.7(2), 218.13, 232.71D, 235A.15, 237.8, 237A.5 y 236A.5]

**SOLICITUD DE CORRECCIÓN DEL SUMARIO EVALUATIVO DE PROTECCIÓN INFANTIL:** Si usted es el sujeto de un informe de abuso infantil y cree que la conclusión o cualquier otra parte del sumario presenta errores, puede solicitar la corrección de la información. Para realizar dicha solicitud, debe enviar una declaración escrita y firmada diciendo por qué no está de acuerdo con el sumario o las conclusiones en un plazo de seis meses a partir de la fecha de esta notificación. Las solicitudes para que se realicen correcciones deben ser enviadas a Appeals Section, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114, para solicitar una audiencia administrativa. [Referencia legal: Iowa Code section 235A.19]

**ADDENDUM DEL SUMARIO:** Si un addendum modificara los fallos de la evaluación inicial, usted tendrá seis meses a partir de la fecha de **esta notificación** para solicitar una corrección. Si la misma no modificara los fallos, el período de seis meses para solicitar una revisión será a partir de la fecha de su notificación **original**. Por favor siga dichas instrucciones si decide proceder con el recurso de apelación.

Data

The STAR system completes:

- ◆ The name and address of the person to whom the form is being sent.
- ◆ The date the notice is being completed.
- ◆ The incident number that was assigned to the report at intake.
- ◆ The names of the child subject and the name of the person determined to be responsible for the abuse.
- ◆ An 'X' in the applicable box regarding treatment services and juvenile court recommendations from data the worker entered on the STAT screen.
- ◆ The type of abuse that was confirmed. Each category of abuse assessed will be listed after the child victim's name under the section "THIS REPORT CONCERNS."

**Notice of Child Abuse Assessment: Founded, Form 470-3243 and 470-3243(S)**

**Purpose** Form 470-3243 or 470-3243(S) is used to notify designated persons that a child abuse assessment has been concluded, the outcome of the assessment, and appeal rights.

**Source** You may complete the English version of this form using the template available through the Document Generator (DOCM) screen on the STAR system or the template in the public state-approved forms folder on Outlook.

Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.

**Completion** The child **protective** worker generates this form following the assessment when abuse was determined to have occurred by a preponderance of the evidence and the incident was placed on the Registry. Prepare a form for:

- ◆ The subjects of the report.
- ◆ The mandatory reporter who made the report, if applicable.
- ◆ The employees of a child protection center involved in the child abuse assessment and child care facility administrators, if applicable.
- ◆ The DHS child protection worker who assisted in completing the assessment by conducting a courtesy interview, if applicable.

A subject of the assessment, that person's legal representative, or the mandatory reporter who made the report may complete page 2 of the form when wishing to receive those portions of the summary to which they may be entitled.

**Distribution** Send two copies of the form to the subjects of the report and one copy to other person being notified.

Also send the written summary of the assessment to subjects in the household who participated. Maintain a copy of each notice for the case file.

**NOTICE OF CHILD ABUSE ASSESSMENT: FOUNDED**  
**(NOTIFICACIÓN RESPECTO DE LA EVALUACIÓN DE ABUSO DEL NIÑO: FUNDAMENTADO)**

Fecha  
Número de incidente  
Asistente para protección del niño  
Supervisor para protección del niño  
Teléfono  
Domicilio de la Oficina de DHS

EL MOTIVO POR EL CUAL USTED RECIBE ESTA NOTIFICACIÓN ES EL SIGUIENTE::

LA PRESENTE TIENE POR OBJETO NOTIFICARLE QUE:

- El Departamento ha completado su evaluación de este informe.
- Se ha enviado una adenda (agregado) al resumen de la evaluación inicial para protección del niño.

**LA DECISIÓN DEL DEPARTAMENTO ES LA SIGUIENTE: Este incidente está FUNDAMENTADO (CONFIRMADO e INGRESADO) en el Registro Central de Abusos. Esta decisión puede ser diferente a las definiciones de abuso en lo que respecta a su hijo/a. Remítase a las siguientes explicaciones.**

TIPOS DE CONCLUSIONES CON RESPECTO AL ABUSO: **Fundamentado (Confirmado e Ingresado)** significa que más de la mitad de las pruebas disponibles demuestran que el abuso verdaderamente ocurrió, y que **EFFECTIVAMENTE** se ajusta a los criterios para ser ingresado en el Registro Central de Abusos. Este resumen de evaluación será mantenido en el Registro durante 10 años (o por el término de 10 años después del último abuso confirmado en el caso de que deba ingresarse nuevamente la misma víctima o persona responsable). Este resumen se guardará cerrado durante ocho años y luego será destruido. Todo resumen en relación con un abuso sexual fundadamentado se guarda cerrado durante el término de treinta años y luego se destruye. **Confirmado** significa que más de la mitad de las pruebas disponibles demuestran que el abuso verdaderamente ocurrió pero que **NO** se ajusta a los criterios para ser ingresado en el Registro Central de Abusos. El resumen de evaluación del abuso se retiene durante cinco años a partir de la fecha de ingreso o durante cinco años a partir de la fecha de cierre del registro del servicio, cualesquiera ocurra en última instancia. **No confirmado** significa que no fue posible determinar, mediante más de la mitad de las pruebas disponibles, que el abuso ocurrió. El resumen de evaluación de abuso se retiene durante cinco años a partir de la fecha de ingreso o cinco años a partir de la fecha de cierre del registro del servicio, cualesquiera ocurra en última instancia.

ESTE INFORME CORRESPONDE A:

Nombre(s) del (de los) niño(s) y tipo(s) de abuso	Persona(s) no responsables
---	----------------------------

Número de incidente:

**RESUMEN DE RECOMENDACIONES:**

- Se recomendó iniciar o continuar los servicios de tratamiento (DHS u otra agencia).
- Se recomendó iniciar una acción en un tribunal de menores o bien continuar la acción iniciada.

**ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE UN MENOR:** Toda persona objeto de un resumen de evaluación para protección de un menor tiene derecho a recibir la información que surge de dicho resumen. Se considera personas “objeto” de un resumen al niño víctima del abuso; a la persona supuestamente responsable del abuso; al padre, tutor o persona a cargo del niño mencionado como víctima de abuso en el informe; y al abogado que representa a cualquiera de las personas “objeto”.

Si usted es una de estas personas y no recibió el resumen escrito con esta notificación, podrá solicitarlo completando la sección que figura a continuación y enviándola a la oficina de DHS del condado al domicilio que consta en esta notificación. Bajo determinadas circunstancias también podrán recibir información sobre abuso a un menor un número limitado de profesionales o agencias pero la confidencialidad de la información sobre abuso a menores está protegida por la ley. El informante forzoso puede solicitar una copia de toda evaluación fundada de abuso a un menor. [Referencia legal: Artículo 235A.15(2) del Código de Iowa]

Nombre del solicitante:
Domicilio:
Relación con el/los niño/s mencionado/s en el informe:

**REDIVULGACIÓN:** Ninguna persona que reciba información sobre abuso a un menor puede transmitirla a otra persona (redivulgarla) a menos que la ley lo permita. Si usted transmite a otra persona información sobre abuso a un menor, necesita redactar un escrito de esta acción y enviarlo al Registro Central de Abusos dentro del plazo de 30 días (Central Abuse Registry, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. [Referencia legal: Artículo 235A. 17(1)]

**SANCIONES PENALES:** Toda persona que intente obtener información sobre abuso a un menor de manera fraudulenta, que dé información falsa sobre abuso a un menor o que viole alguna ley de divulgación de información sobre abuso de menores podrá ser acusada de cometer un delito menor. [Referencia legal: Artículo 235A.21 del Código de Iowa]

**CONSECUENCIAS DE UN INFORME FUNDAMENTADO SOBRE ABUSO A UN MENOR.** Un informe fundamentado sobre abuso a un menor no implica una condena penal. Si usted está decidido a hacerse responsable del abuso de un niño y su nombre es ingresado al Registro Central de Abusos, se le puede prohibir proveer cuidado o cuidado de crianza temporal a niños. También se le podrá prohibir adoptar a un niño, trabajar en una guardería o incluso cuidar a un adulto dependiente. Toda prohibición dependerá de la evaluación que haga el Departamento del resumen para protección del menor. [Referencia legal: Artículos 125.14A(2), 135C.33, 135H.7(2), 218.13, 232.71D, 235A.15, 237.8, 237A.5 y 236A.5 del Código de Iowa]

**SOLICITUD DE CORRECCIÓN DEL RESUMEN DE EVALUACIÓN:** Si usted es objeto de acusación en un informe sobre abuso a un menor y considera que la conclusión del resumen o cualquiera de sus partes es errónea, podrá solicitar una corrección de la información allí contenida. Para presentar dicha solicitud debe enviar una declaración escrita y firmada explicando los motivos por los cuales no está de acuerdo con el resumen o las conclusiones dentro de los seis meses posteriores a la fecha de la presente notificación. Las solicitudes de corrección deben ser enviadas a la Sección de Apelaciones, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114 y en ellas se incluirá una solicitud de audiencia administrativa. [Referencia legal: Artículo 235A.19 del Código de Iowa].

**RESUMEN DE LA ADENDA:** Si una adenda modifica las conclusiones de la evaluación original, usted tiene seis meses a partir de la fecha de **esta notificación** para solicitar una corrección. Si dicha adenda no modifica las conclusiones, el período de seis meses para solicitar una revisión se basa en la fecha de la notificación **original**. Por favor siga esas instrucciones si opta por continuar con el proceso de apelación.

Data

The STAR system supplies:

- ◆ The name and address of the person to whom the form is being sent.
- ◆ The date the notice is being completed.
- ◆ The incident number that was assigned to the report at intake.
- ◆ The names of the child subject and the name of the person determined to be responsible for the abuse.
- ◆ An 'X' in the applicable box regarding treatment services and juvenile court recommendations, from the data the worker entered on the STAT screen.
- ◆ The type of abuse that was founded. Each category of abuse assessed will be listed after the child victim's name under the section "THIS REPORT CONCERNS."

**Notice of Child Abuse Assessment: Not Confirmed, Form 470-3242 and 470-3242(S)**

Purpose	The purpose of form 470-3242 is to notify designated persons that a child protective assessment has been concluded and of the outcome of the assessment and appeal rights.
Source	You may complete the English version of this form using the template available through the Document Generator (DOCM) screen on the STAR system or the template in the public state-approved forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	Following the assessment, the child protective worker generates this form when abuse was not determined to have occurred by a preponderance of the evidence and the incident was not placed on the Registry.  Prepare a form for: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Subjects of the assessment.</li><li>◆ The mandatory reporter, where applicable.</li><li>◆ DHS child protection worker who assisted in completing the assessment by conducting a courtesy interview.</li></ul> The subject of the assessment or that person's legal representative completes page 2 of the form when the subject wishes to receive those portions of the summary to which they may be entitled.
Distribution	Send one copy of the form to each subject of the report and one copy to the noncustodial parent and to any other persons being notified.  Maintain a copy of each notice for the case file.

**NOTICE OF CHILDBUSE ASSESSMENT: NOT CONFIRMED**  
**(NOTIFICACIÓN RESPECTO DE LA EVALUACIÓN DE ABUSO DEL NIÑO: NO CONFIRMADO)**

Fecha	Número de incidente	Asistente para protección del niño
		Supervisor para protección del niño
		Teléfono
		Domicilio de la oficina

EL MOTIVO POR EL CUAL USTED RECIBE ESTA NOTIFICACIÓN ES EL SIGUIENTE:

LA PRESENTE TIENE POR OBJETO NOTIFICARLE QUE:

- El Departamento ha completado su evaluación de este informe.
- Se ha enviado una adenda (agregado) al resumen de la evaluación inicial para protección del niño.

**LA DECISIÓN DEL DEPARTAMENTO ES LA SIGUIENTE: Este incidente NO está CONFIRMADO y NO FUE INGRESADO en el Registro Central de Abusos. Esta decisión puede ser diferente a las definiciones de abuso en lo que respecta a su hijo/a. Remítase a las siguientes explicaciones.**

TIPOS DE CONCLUSIONES CON RESPECTO AL ABUSO: **Fundamentado (Confirmado e Ingresado)** significa que más de la mitad de las pruebas disponibles demuestran que el abuso verdaderamente ocurrió, y que **EFFECTIVAMENTE** se ajusta a los criterios para ser ingresado en el Registro Central de Abusos. Este resumen de evaluación será mantenido en el Registro durante 10 años (o por el término de 10 años después del último abuso confirmado en el caso de que deba ingresarse nuevamente la misma víctima o persona responsable). Este resumen se guardará cerrado durante ocho años y luego será destruido. Todo resumen en relación con un abuso sexual fundamentado se guarda cerrado durante el término de treinta años y luego se destruye.

**Confirmado** significa que más de la mitad de las pruebas disponibles demuestran que el abuso verdaderamente ocurrió pero que **NO** se ajusta a los criterios para ser ingresado en el Registro Central de Abusos. El resumen de evaluación del abuso se retiene durante cinco años a partir de la fecha de ingreso o durante cinco años a partir de la fecha de cierre del registro del servicio, cualesquiera ocurra en última instancia.

**No confirmado** significa que no fue posible determinar, mediante más de la mitad de las pruebas disponibles, que el abuso ocurrió. El resumen de evaluación de abuso se retiene durante cinco años a partir de la fecha de ingreso o cinco años a partir de la fecha de cierre del registro del servicio, cualesquiera ocurra en última instancia.

ESTE INFORME CORRESPONDE A:

Nombre(s) del (de los) niño(s) y tipo(s) de abuso	Persona(s) no responsables
---	----------------------------

Número de incidente:

**RESUMEN DE RECOMENDACIONES:**

- Se recomendó iniciar o continuar los servicios de tratamiento (DHS u otra agencia).
- Se recomendó iniciar una acción en un tribunal de menores o bien continuar la acción iniciada.

**ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE UN MENOR:** Toda persona objeto de un resumen de evaluación para protección de un menor tiene derecho a recibir la información que surge de dicho resumen. Se considera personas “objeto” de un resumen al niño víctima del abuso; a la persona supuestamente responsable del abuso; al padre, tutor o persona a cargo del niño mencionado como víctima de abuso en el informe; y al abogado que representa a cualquiera de las personas “objeto”.

Si usted es una de estas personas y no recibió el resumen escrito con esta notificación, podrá solicitarlo completando la sección que figura a continuación y enviándola a la oficina de DHS del condado al domicilio que consta en esta notificación. Bajo determinadas circunstancias también podrán recibir información sobre abuso a un menor un número limitado de profesionales o agencias pero la confidencialidad de la información sobre abuso a menores está protegida por la ley. El informante forzoso puede solicitar una copia de toda evaluación fundada de abuso a un menor. [Referencia legal: Artículo 235A.15(2) del Código de Iowa]

Nombre del solicitante:
Domicilio:
Relación con el/los niño/s mencionado/s en el informe:

**REDIVULGACIÓN:** Ninguna persona que reciba información sobre abuso a un menor puede transmitirla a otra persona (redivulgarla) a menos que la ley lo permita. Si usted transmite a otra persona información sobre abuso a un menor, necesita redactar un escrito de esta acción y enviarlo al Registro Central de Abusos dentro del plazo de 30 días (Central Abuse Registry, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. [Referencia legal: Artículo 235A. 17(1)]

**SANCIONES PENALES:** Toda persona que intente obtener información sobre abuso a un menor de manera fraudulenta, que dé información falsa sobre abuso a un menor o que viole alguna ley de divulgación de información sobre abuso de menores podrá ser acusada de cometer un delito menor. [Referencia legal: Artículo 235A.21 del Código de Iowa]

**CONSECUENCIAS DE UN INFORME FUNDAMENTADO SOBRE ABUSO A UN MENOR.** Un informe fundamentado sobre abuso a un menor no implica una condena penal. Si usted está decidido a hacerse responsable del abuso de un niño y su nombre es ingresado al Registro Central de Abusos, se le puede prohibir proveer cuidado o cuidado de crianza temporal a niños. También se le podrá prohibir adoptar a un niño, trabajar en una guardería o incluso cuidar a un adulto dependiente. Toda prohibición dependerá de la evaluación que haga el Departamento del resumen para protección del menor. [Referencia legal: Artículos 125.14A(2), 135C.33, 135H.7(2), 218.13, 232.71D, 235A.15, 237.8, 237A.5 y 236A.5 del Código de Iowa]

**SOLICITUD DE CORRECCIÓN DEL RESUMEN DE EVALUACIÓN:** Si usted es objeto de acusación en un informe sobre abuso a un menor y considera que la conclusión del resumen o cualquiera de sus partes es errónea, podrá solicitar una corrección de la información allí contenida. Para presentar dicha solicitud debe enviar una declaración escrita y firmada explicando los motivos por los cuales no está de acuerdo con el resumen o las conclusiones dentro de los seis meses posteriores a la fecha de la presente notificación. Las solicitudes de corrección deben ser enviadas a la Sección de Apelaciones, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114 y en ellas se incluirá una solicitud de audiencia administrativa. [Referencia legal: Artículo 235A.19 del Código de Iowa].

**RESUMEN DE LA ADENDA:** Si una adenda modifica las conclusiones de la evaluación original, usted tiene seis meses a partir de la fecha de **esta notificación** para solicitar una corrección. Si dicha adenda no modifica las conclusiones, el período de seis meses para solicitar una revisión se basa en la fecha de la notificación **original**. Por favor siga esas instrucciones si opta por continuar con el proceso de apelación.

Data

The STAR system supplies:

- ◆ The name and address of the person to whom the form is being sent.
- ◆ The date the notice is being completed.
- ◆ The incident number that was assigned to the report at intake.
- ◆ The names of the child subject and the name of the person responsible for the abuse.
- ◆ An 'X' in the applicable box regarding treatment services and juvenile court recommendations from data the worker entered on the STAT screen.
- ◆ The type of abuse that was alleged but not confirmed. Each category of abuse assessed will be listed after the child victim's name under the section "THIS REPORT CONCERNS."

**Physical Record, Form 470-0580 and 470-0580(S)**

Purpose	Form 470-0580 or 470-0580(S) is used to obtain an initial and continuing record of a child's physical history and medical care. The form may be used for children in all foster care situations, as it meets the federal Medicaid requirements for early and periodic screening and the federal requirements for inclusion of health information in a child's case permanency plan.
Source	Print the English or Spanish version of this form from the on-line manual or photocopy the sample from the paper manual.
Completion	<p>The child's physician shall complete the <i>Physical Record</i> or equivalent document:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Before a child's entry into foster care, if at all possible, and</li><li>◆ At least annually thereafter.</li></ul> <p>Whenever possible, give the form to the child's parents to be completed before placement. If the form is not completed before placement, it shall be completed within 14 calendar days of a child's entry into foster care.</p> <p>If the child has to be placed in foster care before the examination is completed, you may request the foster care provider's assistance in getting the form completed.</p> <p>If neither the parents nor foster care provider assist in getting the form completed, make arrangements for the examination.</p> <p>If the <i>Physical Record</i> does not have immunization information attached, get this information from the child's family or from the school where the child is enrolled at the time of placement. If the child's immunization record is not available, work with the child's physician to determine what immunizations are needed.</p>
Distribution	<p>File the original form, signed by the physician, in the child's record. Make two or more copies.</p> <p>Give a copy to the foster care provider.</p>

## Physical Record

Child's Name	Sex	Place of Birth	Date of Birth
--------------	-----	----------------	---------------

**FAMILY DISEASES (Check only those applicable)**

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> Mental retardation | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Venereal       | <input type="checkbox"/> Epilepsy           | <input type="checkbox"/> Cancer   |
| <input type="checkbox"/> Mental illness | <input type="checkbox"/> Alcoholic          |                                   |

Other diseases \_\_\_\_\_

**PREVIOUS DISEASES OF THIS CHILD (Check only those applicable and list approximate dates for previous disease.)**

**STATE SOURCE OF ABOVE INFORMATION – ATTACH RECORD OF IMMUNIZATIONS AND BOOSTERS.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chickenpox _____    | <input type="checkbox"/> Whooping cough _____  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____                 |
| <input type="checkbox"/> Influenza _____     | <input type="checkbox"/> Tonsillitis _____     | <input type="checkbox"/> Sexually transmitted disease _____ |
| <input type="checkbox"/> Measles _____       | <input type="checkbox"/> Operations _____      | <input type="checkbox"/> Seizures _____                     |
| <input type="checkbox"/> Mumps _____         | <input type="checkbox"/> Meningitis _____      | <input type="checkbox"/> Other _____                        |
| <input type="checkbox"/> Scarlet fever _____ | <input type="checkbox"/> Rheumatic fever _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Arthritis _____     | <input type="checkbox"/> Pneumonia _____       |   |
| <input type="checkbox"/> Injuries _____      |  |   |

**CHRONIC ILLNESS OF THIS CHILD (List of medications prescribed to treat chronic conditions)**

Bedwetting (after 8 years old)
Chronic ear problem
Allergies
Malnutrition
Constipation
Other chronic illnesses

**PHYSICAL EXAMINATION (Please write recommendation on other side)**

Date	B/P	Pulse	Nasal passages
Height		Weight	Teeth
Normal height	A-C	Under W	Tonsils
General development			Glands
Posture defects			Heart
Orthopedic defects			Lungs
Hemoglobin or hematocrit			Skin and scalp
Eyes			Abdomen
Vision-Snellen test R-20		L-20	Genitalia
Ears – (drums)			Neurological
Hearing test – Rt		L	Remarks

Test	For Diagnosis	Date Taken	Result
Sickle cell			
Serology			
Lead poisoning			
Wasserman			
Vaginal smear			

Tuberculin test \_\_\_\_\_

Urinalysis \_\_\_\_\_ Specific gravity \_\_\_\_\_ Albumen \_\_\_\_\_ Sugar \_\_\_\_\_ Microscopic \_\_\_\_\_

Initial examination by doctor \_\_\_\_\_ Date completed \_\_\_\_\_

**PRELIMINARY DIAGNOSIS AND RECOMMENDATIONS**

Signed doctor _____	Date _____

**CORRECTIVE WORK DONE**

Date	Diagnosis	Treatment Given	By Whom

**MENTAL HEALTH**

Do you have concerns about the child's mental health needs related to emotions, behaviors, developmental, education, substance abuse, or family situation?     No     Yes

Do you recommend further assessment or evaluation?     No     Yes

What do you recommend to be further evaluated? \_\_\_\_\_

**DENTAL HEALTH**

Do you have concerns about the child's dental health?     No     Yes

Do you recommend further assessment or evaluation?     No     Yes

What do you recommend to be further evaluated? \_\_\_\_\_

Physician Name		Telephone (    )	
Street	City	State	Zip Code

**Physical Record (Registro Físico)**

Nombre del niño	Sexo	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento
-----------------	------	---------------------	---------------------

**ENFERMEDADES FAMILIARES (marque únicamente las que apliquen)**

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Retardo mental | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Venéreas            | <input type="checkbox"/> Epilepsia      | <input type="checkbox"/> Cáncer   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental   | <input type="checkbox"/> Alcoholismo    |                                   |

Otras enfermedades \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES ANTERIORES DEL NIÑO (marque únicamente las que apliquen y liste las fechas aproximadas de enfermedades anteriores).****DIGA LA FUENTE DE LA ANTERIOR INFORMACIÓN - ADJUNTE REGISTRO DE VACUNAS Y REFUERZOS.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela _____           | <input type="checkbox"/> Tos ferina _____       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____                     |
| <input type="checkbox"/> Influenza _____          | <input type="checkbox"/> Amigdalitis _____      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual _____ |
| <input type="checkbox"/> Paperas _____            | <input type="checkbox"/> Operaciones _____      | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos _____              |
| <input type="checkbox"/> Paperas _____            | <input type="checkbox"/> Meningitis _____       | <input type="checkbox"/> Otros _____                            |
| <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____           | <input type="checkbox"/> Neumonía _____         |   |
| <input type="checkbox"/> Heridas _____            |   |   |

**ENFERMEDADES CRÓNICAS DE ESTE NIÑO (lista de medicamentos prescritos para tratar las enfermedades crónicas)**

Mojar la cama (después de los 8 años)
Problemas crónicos de oído
Alergias
Desnutrición
Constipación
Otras enfermedades crónicas

**EXAMEN FÍSICO (Por favor escriba las recomendaciones al reverso)**

Fecha	F/N	Pulso	Vías nasales
Altura		Peso	Dientes
Peso normal	A-C	Bajo peso	Amígdalas
Desarrollo general			Glándulas
Problemas de postura			Corazón
Defectos ortopédicos			Pulmones
Hemoglobina o hematocritos			Piel y cuero cabelludo
Ojos			Abdomen
Visión - Prueba de Snellen R-20		L-20	Genitales
Oídos - (tímpanos)			Neurológico
Examen auditivo – Rt		L	Observaciones

Prueba	Para diagnóstico	Fecha de toma	Resultado
Anemia falciforme			
Serología			
Envenenamiento por plomo			
Wasserman			
Frotis vaginal			

Prueba de tuberculina \_\_\_\_\_

Análisis de orina \_\_\_\_\_ Gravidéz específica \_\_\_\_\_ Albumen \_\_\_\_\_ Azúcar \_\_\_\_\_ Microscópico \_\_\_\_\_

Examen inicial por el Dr. \_\_\_\_\_ Fecha en que se alcanzó \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PRELIMINAR Y RECOMENDACIONES

Firmado por el Dr. _____	Fecha _____

### TRABAJO CORRECTIVO REALIZADO

Fecha	Diagnóstico	Tratamiento aplicado	Por quién

### SALUD MENTAL

¿Está usted preocupado por las necesidades mentales del niño con relación a sus emociones, comportamientos, desarrollo, educación, abuso de drogas o situación familiar?  No  Si

¿Recomienda nuevas pruebas o evaluaciones?  No  Si

¿Sobre qué áreas recomienda realizar nuevas evaluaciones? \_\_\_\_\_

### SALUD DENTAL

¿Le preocupa la salud dental de sus hijos?  No  Si

¿Recomienda otra revisión u otro examen?  No  Si

¿Qué sugiere que se debería examinar con mayor profundidad? \_\_\_\_\_

Nombre del médico		Teléfono	
		( )	
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal



CHESTER J. CULVER, GOVERNOR
PATTY JUDGE, LT. GOVERNOR

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

PLACEMENT CONSIDERATION
(CONSIDERACIÓN DE OPCIONES DE COLOCACIÓN FAMILIAR)

Four L-shaped corner brackets forming a rectangular frame.

Estimado(s) \_\_\_\_\_:

Estoy interesado en encontrar un hogar sustituto para \_\_\_\_\_.

Incluyo en la presente:

- Two checkboxes with text: 'página del Libro de Foto Listado de Intercambio de Adopción que describe al (a los) niño(s);' and 'breve descripción del (de los) niño(s):'

Es importante que identifiquemos la familia que mejor pueda satisfacer las necesidades especiales del niño, por lo cual consideraremos varias de ellas para poder así lograr el mejor enlace. En caso de estar interesado(s) en recibir más información acerca de este niño, no dude(n) en contactarse conmigo a \_\_\_\_\_ antes del \_\_\_\_\_.

Si para esta fecha no tengo noticias tuyas, asumiremos que no desea(n) ser considerado(s) para la adopción de este niño. Gracias por su atención e interés en los niños adoptivos de Iowa.

Cordialmente.

Distribución: Copia al expediente de DHS de la posible familia adoptiva.
Copia al registro del niño.

**Placement Consideration, Form 470-3616 and 470-3616(S)**

**Purpose** Form 470-3616 or 470-3636(S) documents that an adoptive family was given preliminary consideration for a child and the family was given the opportunity to ask for additional information about a child to assist in their decision to be considered for a particular child.

**Source** DHS workers can complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved adoption forms folder on Outlook.

Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.

**Completion** The adoption worker may send this letter before the adoption selection staffing to any prospective approved adoptive family that the worker wishes to consider for a particular child or sibling group. This includes relatives with approved home studies who are not the current caretaker of the child being considered.

It is not necessary to send this letter to the child's current foster parents, since your discussion with the foster parents about their interest in adopting a particular child should be documented in the child's record.

**Distribution** Send the original to the prospective adoptive family. Keep a copy of the letter both in the child's record and the adoptive family's file.

**Data** If the child is not listed in the photolisting book, complete a brief summary (similar to what would be in the photolisting book) and include the summary in the letter.

**Placement Notification, Form 470-3617 and 470-3617(S)**

Purpose	Form 470-3617 or 470-3617(S) is used to inform adoptive families who were considered for a particular child that they were not selected.
Source	DHS workers can complete the English or Spanish version of this form on line using the templates in the public state-approved adoption forms folder on Outlook.
Completion	<p>The adoption worker may send this letter to all adoptive families who were considered during the selection staffing for a particular child.</p> <p>Send the letter after the selected family has been contacted to confirm their interest in proceeding with adoptive placement.</p>
Distribution	Print three copies of the form. Send the original to the prospective adoptive family. Keep a copy of the letter both in the child's record and the adoptive family's file.
Data	Self-explanatory.



CHESTER J. CULVER, DIRECTOR GENERAL  
PATTY JUDGE, LT. DIRECTORA GENERAL

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

PLACEMENT NOTIFICATION  
(NOTIFICACIÓN DE COLOCACIÓN FAMILIAR)

┌

┐

July 24, 2008

└

┘

Ref.:

Estimado(s) :

Recientemente se reunió personal de adopción para determinar qué familia podría satisfacer mejor las necesidades de . Si bien se consideró atentamente el caso de su familia y se advirtieron muchas fortalezas, otra familia resultó seleccionada.

El Department of Human Services es el tutor de y está autorizado para tomar decisiones de adopción de conformidad con el Código de Iowa 232.2(21) "e". Por lo tanto, esta decisión no es apelable mediante el proceso de apelaciones del Departament.

Le(s) agradecemos por respondernos y lo(s) alentamos a continuar con su interés en la adopción de niños con necesidades especiales. Lo(s) seguiremos teniendo en cuenta para otros casos de adopción.

En caso de necesitar más información sobre la manera en que fue tomada esta decisión, no dude(n) en contactarse conmigo.

Cordialmente.

Distribución: Copia en el expediente del niño.  
Copia en el expediente de la familia.

470-3617(S) (7/08)

**Receiving State's Priority Home Study, Form 470-3926 (ICPC 102)**

Purpose	This form is used to provide a form on which a relative home study can be completed whenever a court has created a priority placement order.
Source	Form 470-3926 is available as a template in the public state-approved forms folder on Outlook. You can also print the form from the DHS on-line manual or photocopy the form from the paper manual.
Completion	The service worker in the receiving state completes three copies of this form when form ICPC 101, <i>Sending State Priority Home Study Request</i> , is received.
Distribution	Send the original and two copies to the deputy compact administrator in the Division of Child and Family Services.
Data	Complete each section of the form by either entering the required information or by entering "Not Applicable."

**Identifying Information**

**Name of Child to be Placed:** Enter the child's name (last name, first name, and middle initial, if any). If more than one child is proposed to be placed with the caretaker, list all additional children on a separate sheet and attach it to the back of the home study.

**Age:** Enter the age of the child who is proposed to be placed, as of the date this form is completed. If more than one child is proposed to be placed with the caretaker, list each additional child's age on the separate sheet.

**Sending State:** Enter the name of the state that issued form ICPC 101.

- ◆ Previous contacts with public or social service agencies:  
Enter the response of the caretaker to this question. Include all previous contacts of each member of the household with each public or social service agency describe:
  - The dates of contact
  - Types of contact
  - Services offered and provided
  - Outcomes

### **Clearances**

Describe the results of criminal records and child abuse registry checks for each adult member of the household. If for some reason these checks are not completed, please explain.

**Police:** Conduct a criminal record check as directed 17-B(4), Topic 4, [Record Checks for Emergency Placements](#).

**Child abuse and neglect:** Check the Central Abuse Registry using the procedures in 17-B(4), Topic 4, [Record Checks for Emergency Placements](#).

**Family known to public/social services agencies:** Check the FACS system for current or prior cases on the family.

### **Health**

Check "yes" or "no" to indicate whether proposed caretaker and other family members state that they are in basic, good health and free of communicable diseases. If not, attach separate page of explanation.

### **Home and Community**

**Adequacy of space:** Enter your assessment of the proposed caretaker's home in relation to its adequacy to accommodate the child who is being considered for placement.

**Will the child have his/her own bed?** Check "yes" or "no." If no, explain.

**Referral and Authorization for Child Welfare Services, Form 470-3055 and 470-3055(S)**

Purpose	<p>Form 470-3055 or 470-3055(S) is used by the Department worker as a referral form to inform the provider about:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Services the provider is authorized to provide.</li><li>◆ When services are terminated or changed during the authorization period.</li></ul>
Source	<p>Department staff may complete the English version of this form on line using the template in the FACS system or the template in the public state-approved forms folder on Outlook.</p> <p>Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.</p>
Completion	<p>The DHS worker, as the "referral worker," completes the form before:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Initiation of services, when used as a referral form,</li><li>◆ The date of change, when terms of the services change, or</li><li>◆ The termination date, if services are terminated during the authorization period.</li></ul>
Distribution	<p>Send the original to the provider. Keep a copy in the case record.</p>
Data	<p>Complete the provider's name and address, the name of the billing child, and the number of monthly units of services authorized.</p>

**Iowa Department of Human Services  
Referral and Authorization for  
Child Welfare Services  
(Derivación y autorización para los servicios de asistencia social)**

ANTES DE LA AUTORIZACIÓN, ES NECESARIO REALIZAR UNA CONSULTA CON UN SUPERVISOR PARA RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- ¿Recibe actualmente este niño/a servicios de salud mental? En caso afirmativo, ¿mediante qué mecanismo? En caso negativo, ¿completó la solicitud para Medicaid (programa de asistencia médica del gobierno para personas de pocos recursos)?
- ¿Qué servicios son necesarios para atender las necesidades de seguridad del niño/a?
- ¿Pueden estos servicios ser prestados a través de respaldos más informales o de la comunidad?
- Si no es a través de la comunidad, ¿pueden los servicios ser prestados a través de opciones de servicio "flex"?
- Si no es a través de opciones flex, ¿cuál es la duración adecuada y el alcance de la autorización del servicio?

Doble aquí para el sobre con ventana

**ASISTENTE ENCARGADO DE LA DERIVACIÓN:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado con responsabilidad financiera \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Identificación del estado # \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Código de servicio	Unidades máximas	Duración	Fecha de autorización	Fecha de vigencia	Fecha de elegibilidad final

Instrucciones especiales

Usted esta autorizado a prestar los servicios anteriormente enumerados de acuerdo con las fechas establecidas y durante el período y con el alcance indicados. La presente notificación reemplaza toda autorización anterior de los mismos servicios a partir de la fecha de VIGENCIA indicada.

Firma del asistente a cargo de la derivación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 SAM/Aprobación de la persona designada:\* \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*(En caso de ser necesario en función del alcance o el servicio)

### [Referral Guide for Transition Planning, Form 470-3185](#)

Purpose	<p>Form 470-3185 is used to exchange information with the transition planning specialist regarding the transition planning needs of teens in foster care.</p> <p>The Iowa Code requires that a written plan of services be included in the <i>Family Case Plan</i>, form 470-3453, for all youth in foster care aged 16 or older, to assist the youth in preparing for the transition from foster care to adult life. This plan is to be based on an assessment of the youth's needs.</p> <p>It is the responsibility of the case manager to address concerns that have been identified. This form is designed to assist the case manager and transition planning specialist in determining the level of service needed for successful transition.</p>
Source	<p>Complete this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.</p>
Completion	<p>Prepare this form when:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ A foster care youth in the system attains age 16.</li><li>◆ A youth aged 16 or 17 enters the foster care system.</li></ul> <p>The transition planning specialist will send this form to the case manager when the youth's name appears on the monthly transition planning list. The case manager shall complete the form within 10 days of receipt and return a copy to the transition planning specialist.</p> <p>NOTE: The case manager may also generate the form if a foster care youth aged 16 or older has a change in circumstances after the initial 470-3185 has been returned to the transition planning specialist.</p> <p>FACS entry is completed:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ After the end of the month that a youth enters placement, or</li><li>◆ When a youth younger than age 16 is in need of transition planning services.</li></ul>

## Referral Guide for Transition Planning

State law requires that each foster care youth, aged 16 and older, has a written transition plan of services, based on an assessment of the youth's needs, that would assist the youth in preparing for the transition from foster care to adulthood.

Complete the information below and return to the transition planning specialist (TPS) within 10 days. The TPS will request that the caregiver complete a life skills assessment with the youth. Results of the assessment and any recommendations will be forwarded to the case manager to assist in completing the transition planning section of the child placement plan, which is to be updated at a minimum at each case review.

Date	Name of youth	DOB	FACS ID
Name of DHS/JCS case manager			County
Placement name and address			
Placement contact person			Telephone number

1. Does this youth have a mental health diagnosis?  Yes  No  Unknown  
If yes, list diagnosis:
  
2. Is this youth currently participating in substance abuse treatment?  Yes  No
  
3. Does this youth receive any special education (IEP) services?  Yes  No  Unknown  
If yes, list type of services:
  
4. IQ score if known: \_\_\_\_
  
5. Does this youth have ongoing medical needs?  Yes  No  Unknown  
If yes, specify:
  
6. Is this youth receiving any waiver services?  Yes  No
  
7. Is this youth pregnant or parenting?  Yes  No
  
8. Will this youth age out of foster care?  Yes  No  Undetermined
  
9. Has this youth already completed a formal life skills assessment? (If yes, a new assessment will not be completed unless you request an update.)  Yes  No

Comments, additional information, and concerns you have about this youth's ability to successfully transition to adulthood:

Distribution

Send the form to the transition planning specialist that covers the county where the child is from. This may be done electronically or in paper form. Place a copy of the form in the case file.

Data

Enter the identifying information in the boxes provided.

Complete applicable items 1 through 9. Add any comments that will provide pertinent information to the transition planning specialist.

**Referral of Client for Purchase of Social Services, Form 470-0662 and 470-0662(S)**

**Purpose** Form 470-0662 or 470-0662(S) is used to refer a client for the purchase of services from a specified provider and to transmit information essential for billing to the provider.

**Source** DHS workers can complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved service form folder on Outlook.

Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.

**Completion** The Department worker and the service supervisor complete this form when referring clients to providers for purchase of:

- ◆ Adoptive home study
- ◆ Preplacement services
- ◆ Post-placement services
- ◆ Preplacement or post-placement group services
- ◆ Adoptive home study update

Also issue the form to notify the provider when a client's services are being terminated. (This form is required even when the provider has been notified by phone.) The termination notice shall be issued ten days in advance whenever possible.

**Distribution** Give the original to the provider. File the copy in the child's or family's case record.

**Data** Complete as follows:

- ◆ Enter the provider's name and address in the "To:" address block. The form is designed to be used with a window envelope.
- ◆ Enter the remainder of your office address in the "From" section.
- ◆ Enter the client's identifying information in the spaces provided.

**REFERRAL OF CLIENT FOR PURCHASE OF SOCIAL SERVICES  
(REMISIÓN DE CLIENTE PARA LA COMPRA DE SERVICIOS SOCIALES)**

Fecha:

Para:

--	--

De:

Iowa Department of Human Services

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE** (Proporcione la información como aparece en el SRS):

Nombre del Cliente	Fecha de Nacimiento	Número de Caso	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

**REMISIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS**

Fecha de Vigencia	Códigos de Servicio	Origen de los Fondos	Aranceles
-------------------	---------------------	----------------------	-----------

**TERMINACIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS**

Último día de elegibilidad
----------------------------

**COMENTARIOS O INFORMACIÓN ADICIONAL:**

--

Nombre del Asistente Social	Título	Número de Teléfono
Firma del Asistente Social	Fecha	
Supervisor del Servicio	Fecha	

**Request for Medicaid Information, Form 470-2737 and 470-2737(S)**

Purpose	Form 470-2737 or 470-2737(S) is a letter that requests the parents, guardian, or other responsible persons to provide the information necessary to determine the medical coverage group for the child in foster care.
Source	Complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The service worker shall prepare and mail this form within three working days of a child's entry into foster care.
Distribution	Send one copy to the parents, guardian or other responsible person with the <i>Health Services Application</i> , form 470-2927 or 470-2927(S). Maintain one copy in the child's foster care file.
Data	Complete as follows: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Fill in the date the letter is sent to the family.</li><li>◆ Enter the family's name and address.</li><li>◆ Enter the date that the letter is to be returned to the worker in the designated area.</li><li>◆ Enter the service worker's phone number.</li><li>◆ Enter the worker's signature.</li></ul>



CHESTER J. CULVER, GOVERNOR
PATTY JUDGE, LT. GOVERNOR

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
KEVIN W. CONCANNON, DIRECTOR

REQUEST FOR MEDICAID INFORMATION
(SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA MEDICAID)



Estimado/a \_\_\_\_\_:

El Department of Human Services (DHS) proporciona Medicaid para pagar los gastos médicos de todos los menores en cuidado tutelar y adopción subvencionada.

Para poder brindar Medicaid de la manera más eficiente posible, DHS debe examinar la situación económica del menor para ver de dónde proviene el dinero para pagar sus gastos médicos. Si el/la menor cumple con los estándares federales, los gastos médicos pueden ser pagados combinando dinero federal y estatal. Sin embargo, si el/la menor no reúne los estándares federales, los gastos médicos deberán ser pagados con dinero estatal solamente.

Un modo de aliviar a los contribuyentes de Iowa es conseguir más fondos federales. Por esta razón, DHS le solicita información sobre los recursos económicos de su familia. Por favor, complete el formulario que adjuntamos y devuélvamelos antes del \_\_\_\_\_.

Por favor, marque en la página 1 que usted está solicitando Medicaid. Complete las páginas 1 a 9 y la página de firmas (usted también puede solicitar otros tipos de asistencia si lo desea). Esta información será compartida con un asistente social de mantenimiento del ingreso.

En los casos de menores en cuidado tutelar, la información también será compartida con Foster Care Recovery Unit (unidad de recuperación del costo de cuidado tutelar), la cual utiliza dicha información para calcular su responsabilidad económica en el mantenimiento de su hijo/a. Si no cooperara informándonos sus ingresos, usted podría ser responsable de pagar el costo total del cuidado de su hijo/a.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario, por favor comuníquese conmigo a este número telefónico \_\_\_\_\_.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente,

**REQUEST FOR TANGIBLE GOODS, CHILD CARE AND ANCILLARY SERVICES  
(SOLICITUD DE BIENES CORPORALES, CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS  
COMPLEMENTARIOS)**

Nombre del niño/a	Edad		
Nombre y dirección del padre (madre) de crianza temporal			
Motivo de la solicitud			
Describe la necesidad especial del niño/a			
<p><b>IDENTIFIQUE EL SERVICIO</b></p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> <b>Bienes corporales</b>  <input type="checkbox"/> Modificaciones edilicias  <input type="checkbox"/> Equipos médicos  <input type="checkbox"/> Aparatos de comunicación  <input type="checkbox"/> Materiales educativos especializados  <input type="checkbox"/> Otros bienes  <input type="checkbox"/> <b>Cuidado de niños</b> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> <b>Servicios complementarios</b>  <input type="checkbox"/> Recreación  <input type="checkbox"/> Clases particulares a domicilio  <input type="checkbox"/> Clases especializadas  <input type="checkbox"/> Otros servicios                 </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> <b>Bienes corporales</b> <input type="checkbox"/> Modificaciones edilicias <input type="checkbox"/> Equipos médicos <input type="checkbox"/> Aparatos de comunicación <input type="checkbox"/> Materiales educativos especializados <input type="checkbox"/> Otros bienes <input type="checkbox"/> <b>Cuidado de niños</b>	<input type="checkbox"/> <b>Servicios complementarios</b> <input type="checkbox"/> Recreación <input type="checkbox"/> Clases particulares a domicilio <input type="checkbox"/> Clases especializadas <input type="checkbox"/> Otros servicios
<input type="checkbox"/> <b>Bienes corporales</b> <input type="checkbox"/> Modificaciones edilicias <input type="checkbox"/> Equipos médicos <input type="checkbox"/> Aparatos de comunicación <input type="checkbox"/> Materiales educativos especializados <input type="checkbox"/> Otros bienes <input type="checkbox"/> <b>Cuidado de niños</b>	<input type="checkbox"/> <b>Servicios complementarios</b> <input type="checkbox"/> Recreación <input type="checkbox"/> Clases particulares a domicilio <input type="checkbox"/> Clases especializadas <input type="checkbox"/> Otros servicios		
Monto total solicitado: <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> Única vez    <input type="checkbox"/> Recurrente</span>			
Firma del asistente	Fecha		
Firma del supervisor	Fecha		
AUTORIZADO POR: Gerente del Área de Servicios			
Fecha			

**Request for Tangible Goods, Child Care, and Ancillary Services,  
Form 470-3056 and 470-3056(S)**

**Purpose** Form 470-3056 or 470-3056(S) is used to secure prior authorization for the purchase of tangible goods, child care, or ancillary services that foster parents caring for special-needs children may need.

**Source** Complete the English version of this form on line using the template available in the public state-approved forms folder on Outlook.

Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.

**Completion** The foster care worker shall prepare two copies this form when it is determined that foster parents require the designated services to meet the needs of a special needs child in care. Complete the form before the actual purchase of services.

The immediate supervisor shall approve the form.

**Distribution** Provide the original to the foster parent and file a copy in the child's case record.

**Data** The items on the form are to be completed as follows:

**Child's Name:** Enter the child's name.

**Age:** Enter the child's current age.

**Foster Parent's Name and Address:** Enter the foster parent's name and address.

**Reason for Request:** Enter a brief statement (1-2 sentences) detailing the reason for the request.

**Describe Child's Special Need:** Briefly describe the special need and how the special need relates to the request.

**Identify Service:** Check the appropriate service.

**Total Amount Requested:** Enter the total amount of the request and indicate if the amount is a one-time-only payment or a recurring monthly payment.

For child care requests, enter the projected number of hours per month care will be provided and the hourly rate. **Note:** Child care services may be provided by a licensed foster parent or a licensed or registered child care provider.

**Signatures:** Obtain the indicated signatures.

When the service area manager's authorization is obtained, generate payment to the foster parent or service provider via the ABC system according to instruction in 18-D, [FAMILY FOSTER CARE](#).

**Note:** Secure original receipts, signed by the foster parent or service provider and maintain them in the child's case record.

IOWA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

EN LOS AUTOS CARATULADOS:	)	<b>RESCINDING THE</b>
ADOPCIÓN	)	<b>CONSENT TO ADOPTION</b>
	)	
DE	)	
	)	<b>(REVOCACIÓN DEL</b>
MENOR	)	<b>CONSENTIMIENTO PARA LA</b>
	)	<b>ADOPCIÓN)</b>
POR	)	
	)	
PETICIONANTE(S)	)	

El Department of Human Services es el tutor legal del menor nombrado en el encabezamiento.

La mejor forma de proteger los intereses del menor es retirar el consentimiento de adopción por los siguientes motivos:

Por lo expuesto, el Iowa Department of Human Services en este acto revoca el consentimiento para la adopción de este menor.

El que suscribe, \_\_\_\_\_, habiendo prestado debido juramento, afirma y declara que es la persona autorizada por el Director del Department of Human Services para firmar e instrumentar una revocación del consentimiento para adopción en representación del Iowa Department of Human Services.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Gerente del Área de Servicios Humanos  
Iowa Department of Human Services

Firmado y jurado ante mí por \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Fecha término

\_\_\_\_\_  
Escribano

**Rescinding the Consent to Adoption, Form 470-2990 and 470-2990(S)**

Purpose	Form 470-2990 or 470-2990(S) is used to rescind the <i>Consent to Adoption</i> that the Department previously granted.
Source	DHS workers can complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved adoption forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The child's adoption worker prepares this form when it is determined before finalization of the adoption that it is not in the child's best interest to finalize the adoption based one or more of the following circumstances: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The request of the adoptive family.</li><li>◆ A founded child abuse report or an accusation of child abuse, pending the determination of the report.</li><li>◆ Conviction of a crime or an accusation of a crime, pending a court decision regarding the crime.</li><li>◆ The request of a child who is aged 14 or over and has reversed the decision regarding the adoption.</li><li>◆ Other verified indications that the adoption is not in the best interest of the child.</li></ul>
Distribution	Make two copies of the completed form. Send the original to the family's attorney and a copy to the adoptive family. Keep one copy in the child's case file.

**Review Decision on Nonregistered Report, Form 470-3396 and 470-3396(S)**

Purpose	Form 470-3396 or 470-3396(S) provides a letter for notifying subjects of the decision following local review of a nonregistered child abuse investigation or assessment.
Source	The English version of this form is available as a template in the public state-approved forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The staff person designated by the service area at the time of the decision completes the letter. Issue the letter to inform the subject of the right to administrative hearing on the local office decision on the correction of the report.
Distribution	Send one copy to the subject who requested the review. Make a copy of the completed form to place in the case file.
Data	The template completes the date field. Enter: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The name and address of the person requesting review, in the format for a window envelope.</li><li>◆ The date of the request.</li><li>◆ The name of the office receiving the request.</li><li>◆ The incident number of the report reviewed.</li><li>◆ The date of the <i>Child Abuse Notification</i> for that report.</li><li>◆ The name and signature of the person making the decision.</li></ul>

Estimado/a \_\_\_\_\_:

El \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **County Office** recibió su solicitud para que se corrija el informe número \_\_\_\_\_.

Después de examinar el informe y su información adicional, esta oficina ha decidido: **(La casilla marcada le concierne a usted)**

- No realizar la corrección o las correcciones solicitadas. Sin embargo, se adjuntará una copia de su solicitud al expediente. Si no se sintiera satisfecho(a) con esta decisión, usted puede apelar la misma en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de esta carta. Para solicitar una audiencia de apelación administrativa, escriba a:

Iowa Department of Human Services  
Appeals Section, 5th Floor  
1305 E Walnut Street  
Des Moines, Iowa 50319-0114

Si desea realizar preguntas sobre el proceso de apelación administrativa, por favor llámeme.

- Realizar la corrección o las correcciones solicitadas. Se adjuntará un addendum (adición) con las modificaciones al expediente y les enviaremos una copia a usted y a todos los demás sujetos (el padre, tutor o guardián; el/la menor; y el presunto abusador).
- Conservar su solicitud de corrección en el expediente. Su carta explicando la corrección o las correcciones solicitadas será adjuntada al informe y conservada en el expediente.

Atentamente,

Child Protective Supervisor  
(Supervisor de Child Protective)  
(Representante del Condado o del Área de Servicio)

cc: Expediente  
470-3396(S) (7/08)

Estimado/a \_\_\_\_\_:

El \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **County Office** recibió su solicitud para la corrección o anulación (eliminación) de información del informe número \_\_\_\_\_ del Central Abuse Registry (Registro General de Abuso de Menores). Después de evaluar su solicitud y el informe, esta oficina ha decidido que:

- La información original y los fallos del informe número \_\_\_\_\_ permanecerán como están escritos actualmente. Sin embargo, se adjuntará una copia de su solicitud al expediente.
- Realizar la(s) corrección(es) que usted solicitó. Se adjuntará un addendum (adición) con las modificaciones al expediente y les enviaremos una copia a usted y a todos los demás sujetos (padre, tutor o guardián; el/la menor; y al presunto abusador).

Si usted no se siente satisfecho(a) con esta decisión, puede solicitar una audiencia administrativa. Para solicitarla, envíe una declaración escrita y firmada explicando las razones por las cuales usted no está de acuerdo con el informe en un plazo de 6 meses a partir de la fecha de Notificación de Abuso de Menor. La fecha de Notificación de Abuso de Menor fue \_\_\_\_\_.

El domicilio de la Sección de Apelaciones es:

Appeals Section  
Iowa Department of Human Services  
1305 E Walnut St  
Des Moines, Iowa 50319-0114

Si necesita mayor información con respecto a la solicitud para una audiencia administrativa, por favor comuníquese conmigo.

Atentamente,

Supervisor de Child Protective  
(Representante del Condado o Área de Servicio)

cc: Expediente  
470-3395(S) (7/08)

**Review Decision on Registered Report, Form 470-3395 and 470-3395(S)**

Purpose	Form 470-3395 or 470-3395(S) is a letter for notifying subjects of the decision following local review of a registered child abuse investigation or assessment.
Source	The English version of this form is available as a template in the public state-approved forms folder on Outlook.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The staff person designated by the service area at the time of the decision completes the letter. Issue the letter to inform the subject of the right to administrative hearing on the local office decision on the correction of the report.
Distribution	Send the original to the subject who requested the review. Make a copy of the completed form to place in the case file.
Data	The template enters the date field. Enter: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ The name and address of the person requesting a review, in the format suitable for a window envelope.</li><li>◆ The date of the request.</li><li>◆ The name of the office receiving the request.</li><li>◆ A check in the box for the response to the request.</li><li>◆ The name and signature of the person making the decision.</li></ul>

**Safety Assessment, Form 470-4132 and 470-4132(S)**

Purpose	<p>The <i>Safety Assessment</i>, form 470-4132 or 470-4132(S), helps to ensure the safety of the child victim by identifying the safety concerns and involving the family in the development of a plan to address safety needs.</p>
Source	<p>Complete the English version of this form using the template on the Case Flow home page.</p> <p>Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.</p>
Completion	<p>The child protective worker must complete the initial <i>Safety Assessment</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Within 24 hours of the first contact with the child, and</li><li>◆ Again at the conclusion of the child protective assessment for any child determined to be conditionally safe at the initial safety assessment.</li></ul> <p>The social work case manager must complete the <i>Safety Assessment</i> with supervisory consultation before:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Decision to initiate unsupervised visitation.</li><li>◆ Decision to reunify child with family.</li><li>◆ Decision to close case or recommend case closure to court.</li></ul> <p>Also complete the <i>Safety Assessment</i> whenever circumstances suggest that the child is in unsafe situation.</p> <p>Use RC-0104, <i>Safety Assessment Guidance</i>, to complete the safety assessment. Review information obtained from systems checks, Department records, and any prior or current court involvement.</p>
Distribution	<p>The <i>Safety Assessment</i> is not distributed as part of the <i>Child Protective Services Assessment Summary</i>. Print the safety assessment and keep it in the case file. If the case is transferred for ongoing DHS services, include a copy of the <i>Safety Assessment</i> in the referral packet.</p>

## Safety Assessment (Evaluación de seguridad)

Nombre del caso:		Número de incidente/Número FACS:	
Nombre del asistente: Condado:		Fecha en que se completó la <i>Evaluación de seguridad</i> :  Hora:	
<b>Evaluaciones de seguridad:</b>			
<input type="checkbox"/> Evaluación inicial de seguridad del CPS (Child Protective Service – Servicio de Protección al Menor) <i>(Completada en la primera visita con los padres/consulta al supervisor dentro de las 24 horas)</i> <input type="checkbox"/> Evaluaciones de seguridad posteriores por parte del CPS (Una vez completado el Resumen de Evaluación de Servicios de Protección al Menor si el niño inicialmente se encontraba condicionalmente seguro o es elegible para recibir los servicios del DHS. Completado con los padres y con consulta al supervisor) <input type="checkbox"/> Evaluación de seguridad en las visitas no supervisadas <i>(Antes de la decisión, con consulta al supervisor)</i> <input type="checkbox"/> Evaluación de seguridad en la reunificación <i>(Antes de la decisión, con consulta al supervisor)</i> <input type="checkbox"/> Evaluaciones de seguridad en el cierre del caso <i>(Antes de la decisión, con consulta al supervisor)</i> <input type="checkbox"/> Evaluaciones de seguridad en situaciones de peligro (Cuando las circunstancias indiquen que el niño se encuentra en una situación de peligro. <i>Completadas por el asistente con consulta al supervisor</i> )			
<b>Signos de peligro actual o inminente:</b>			
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Bienestar actual del niño</b>	
		1. La persona a cargo del cuidado no puede o no está dispuesta a satisfacer las necesidades médicas o mentales del niño.	
		2. El niño le teme a la persona a cargo de su cuidado, a otro miembro de la familia o a otras personas que viven en la casa o tienen acceso a ella.	
		3. El niño no puede autoprotgerse, impedir el maltrato o acceder a relaciones de protección para asegurar su seguridad; y al menos existe una preocupación más.	
<b>Relato:</b>			
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Capacidades actuales del padre/madre (persona a cargo del cuidado)</b>	
		1. El consumo de sustancias, presunto u observado, por parte de la persona a cargo del cuidado afecta su capacidad para supervisar, proteger o cuidar al niño.	
		2. La persona a cargo del cuidado no puede supervisar al niño lo suficiente como para protegerlo de posibles maltratos.	
		3. La inestabilidad emocional o el retraso en el desarrollo de la persona a cargo del cuidado, presuntos u observados, afectan su capacidad para supervisar, proteger o cuidar al niño.	
<b>Relato:</b>			
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Seguridad actual de la familia</b>	
		1. El niño presenta heridas no accidentales o los antecedentes no concuerdan con las heridas.	
		2. La persona a cargo de su cuidado en el hogar es violenta o está descontrolada. Existe violencia doméstica en el hogar y ésta implica un peligro inminente de maltrato físico o emocional para el niño.	
		3. La persona a cargo del cuidado del niño lo maltrata o el niño ha recibido amenazas recientes de su parte.	
		4. Existen sospechas de abuso sexual y, de acuerdo con las circunstancias, la seguridad del niño exige atención inmediata.	
		5. La persona a cargo del cuidado del niño ya ha abusado anteriormente de éste o lo ha descuidado (o se sospecha que lo hizo) y la gravedad de dicho maltrato o la respuesta de dicha persona a la intervención anterior, junto con al menos un problema más de seguridad, sugiere que existe peligro inminente para el niño. Dichas circunstancias incluyen, entre otras, las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daño físico debido a agresiones</li> <li>• Muerte del niño debido a maltrato</li> <li>• Colocación anterior de cualquier niño debido a maltrato</li> <li>• Extinción o renuncia anterior de los derechos de patria potestad debido a maltrato</li> </ul>	

Sí	No	Seguridad actual de la familia
		6. La familia niega acceso al niño o existen razones para pensar que la familia podría desaparecer.
Relato:		
Sí	No	Interacciones actuales con la familia
		1. La persona a cargo del cuidado del niño tiene actitudes negativas hacia éste, lo describe en términos predominantemente negativos o bien tiene expectativas poco realistas respecto de él, todo lo cual podría probablemente derivar en maltrato.
Relato:		
Sí	No	Entorno actual en el hogar
		1. La persona a cargo del cuidado no está dispuesta o no puede satisfacer las necesidades inmediatas del niño en lo que hace a alimentación, vestimenta, alojamiento y condiciones físicas de vida, todo lo cual podría derivar en maltrato.
Relato:		

**Describa las amenazas de maltrato que existen en este momento** (factores agravantes que se combinan para dar lugar a una situación potencialmente peligrosa):

**Describa la vulnerabilidad del niño al maltrato** (en qué medida el niño no puede, por sí mismo, evitar, anular o minimizar el impacto del peligro actual o inminente):

**Describa las capacidades de protección de la persona a cargo del cuidado** (fortalezas y recursos familiares para reducir, controlar o prevenir la posibilidad de que surjan amenazas de maltrato como así también factores y debilidades que tienen un impacto negativo sobre la seguridad del niño):

**Decisión de seguridad:**

<input type="checkbox"/> Seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se han identificado signos de peligro actual o inminente O bien, las capacidades de protección antes mencionadas contrarrestan el peligro actual. Es improbable que el niño se encuentre en peligro inminente de maltrato.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Inseguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han identificado uno o más signos de peligro actual o inminente. La vulnerabilidad del niño o bien sus capacidades de protección no contrarrestan el peligro inminente de maltrato o la persona a cargo del cuidado ha negado el acceso al niño. La única intervención de seguridad posible es el retiro del niño mediante una orden judicial o un <i>contrato de colocación voluntaria</i> para la colocación del niño bajo cuidado de crianza temporal.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Condicionalmente seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han identificado uno o más signos de peligro actual o inminente. No es de esperar que esta situación ponga en peligro inmediato de maltrato al niño porque sus capacidades de protección o su escasa vulnerabilidad contrarrestan la amenaza de peligro inminente para él.</li> </ul> <p style="text-align: center;">OR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se han identificado uno o más signos de peligro actual o inminente. La vulnerabilidad del niño o sus capacidades de protección no contrarrestan el peligro inminente de maltrato. Se han iniciado intervenciones para el control de su seguridad y conforme a ellas, se determina que el niño se quedará en el hogar asignado en este momento.</li> </ul> <p><b>Si el niño se encuentra condicionalmente seguro, se desarrollará un Plan de Seguridad conjuntamente con la familia.</b></p>

Firma del asistente de DHS:	Fecha y hora en que se completó el formulario:
Supervisor consultado y forma de consulta:	Fecha y hora:

**Peligro actual:** Maltrato inmediato, significativo y claramente observado que sufre el niño en la actualidad o amenaza inmediata de maltrato que requiere intervención inmediata para proteger al niño.

**Peligro inmediato:** Estado de peligro previsible en el cual los comportamientos, actitudes, motivos o emociones de la familia o el entorno físico del niño suponen una amenaza de maltrato.

Data

Upon request, provide a copy of the *Safety Assessment* to the subjects of the report. Provide the *Safety Assessment* to a provider of safety plan services when there is a release of information signed by parent.

**Case name:** The child protective worker enters names of all of the child victims. The social worker case manager enters the youngest child's name.

**Incident number/FACS number:** The child protective worker enters the incident number. The social work case manager enters the FACS number.

**Worker name:** Name of the worker.

**County:** Enter the name of the county of residence of the child.

**Date *Safety Assessment* completed:** Enter the date the *Safety Assessment* is completed.

**Safety Assessments:** Check the item that describes the circumstances of the assessment:

- ◆ Initial child protective safety assessment
- ◆ Subsequent child protective safety assessment
- ◆ Unsupervised visitation safety assessment
- ◆ Reunification safety assessment
- ◆ Case closure safety assessment
- ◆ Unsafe situations safety assessment

**Signs of Present or Impending Danger:** Identify a concern for present or impending danger by checking "yes," which is defined as "clear evidence or other cause for concern."

NOTE: The form does not give an exhaustive list of examples. For more examples of the signs of present or impending danger, see [RC-0104, \*Safety Assessment Guidance\*](#).

**Description of Safety Constructs:**

- ◆ Describe the [threats of maltreatment](#) that are present at this time (i.e., aggravating factors that combine to produce a potentially dangerous situation)
- ◆ Describe the [child's vulnerability to maltreatment](#) (i.e., the degree that a child cannot on the child's own avoid, negate, or minimize the impact of present or impending danger)
- ◆ Describe the [caretaker's protective capacities](#) (i.e., the family strengths or resources that reduce, control, or prevent threats of maltreatment from arising as well as factors and deficiencies that have a negative impact on child safety)

NOTE: See the definitions of [present danger](#) and [impending danger](#).

**Safety Decision:** Check the box to indicate your determination as to whether the child is "safe," "conditionally safe," or "unsafe."

**DHS worker signature:** Enter an electronic signature.

**Date and time completed:** Enter the date and time.

**Supervisory consulted and manner of consultation:** Enter name of supervisor consulted and manner of consultation. Select the phone, e-mail or face-to-face.

**Date and time:** Enter the date and time of supervisory consultation.

**Safety Plan, Form 470-4461 and 470-4461(S)**

Purpose	The <i>Safety Plan</i> , form 470-4461 or 470-4461(S), is used to identify safety concerns and involve the family in addressing safety needs and documenting actions to be taken to ensure safety of the child victim and the other children.
Source	Complete the English version of this form using the template on the Case Flow home page after completing hard copy with the family.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	If the <i>Safety Assessment</i> determines that a child is conditionally safe, a <i>Safety Plan</i> must be developed. The child protective worker or social work case manager completes the <i>Safety Plan</i> after developing a plan with the family.
Distribution	Print the <i>Safety Plan</i> and keep it in the case file. Provide the <i>Safety Plan</i> to the family, to the provider of safety plan services upon referral, and to the social worker case manager upon case transfer.  The <i>Safety Plan</i> is not distributed as part of the <i>Child Protective Services Assessment Summary</i> . If the case is transferred for ongoing DHS services, include a copy of the <i>Safety Plan</i> in the referral packet.
Data	<b>Child's name:</b> Enter the name of the child victims. The social worker case manager enters the youngest child's name.  <b>Worker and:</b> Enter the worker's name.  <b>County:</b> Enter the county name or number.  <b>Incident #:</b> Enter the number assigned by the STAR database system.  <b>Date/time <i>Safety Plan</i> completed:</b> Enter the date and time the <i>Safety Plan</i> was completed.  <b>Safety Concerns:</b> Enter cause for concern for present or impending danger using the <i>Safety Assessment</i> .



**Tasks which assure safety and are done by, for how long, and how often:**

- ◆ **Participant:** Enter the name of each participant who will have responsibility in the safety plan.
- ◆ **Agreed upon actions:** Enter the actions that each participant has agreed to be responsible for to ensure the safety of the child victims.
- ◆ **How long:** Length of time the participant is agreeing to actions to ensure the safety of the child victims.
- ◆ **How often:** Frequency the participant is agreeing to actions to ensure the safety of the child victims.

**How the plan is monitored:** Enter how the plan will be monitored.

**Back up plan:** Enter specific back-up plan for each action to ensure safety of the child victims.

**Family and Participant Agreement:** The parents or caregivers of the child victims must sign and date the form at the point of its completion to document their agreement with the safety plan. Enter any additional information.

**CPW/SWCM/supervisor agreement with *Safety Plan*:** Upon review and approval of the *Safety Plan* the child protective supervisor or social work case management supervisor must sign and date the agreement and enter the date and time of approval.

**Sending State Priority Home Study Request, Form 470-3925 (ICPC 101)**

Purpose	Form 470-3925 (ICPC 101) is used to alert the receiving state to the fact that the court that has jurisdiction over the child has determined that a priority placement of a child from one state into another state is necessary.
Source	Form 470-3925 is available as a template in the public state-approved forms folder on Outlook. You can also print the form from the DHS on-line manual or photocopy the form from the paper manual.
Completion	The child's service worker in the sending state completes five copies of this form and other ICPC referral materials within three business days of receipt of a court order that indicates the court has determined that a priority placement situation exists.
Distribution	Send the original and two copies to the deputy compact administrator in the Division of Child and Family Services. Also send a copy to the court that requested the priority placement for verification that the ICPC referral was submitted timely. Keep a copy in the child's record.
Data	If more than one child is proposed to be placed with the caretaker, list all additional children on a separate sheet of paper and attach the sheet to the back of the home study.

**Identifying Information**

**Name of Child to be Placed:** Enter the child's complete name, (last name, first name, and middle initial, if any).

**Age:** Enter the child's age as of the date the form is completed.

**Mother's Name:** Enter the name of the mother of the child as found on the child's birth certificate.

ANTE EL TRIBUNAL DE DISTRITO, SECCIÓN DE MENORES  
EN Y PARA EL CONDADO DE \_\_\_\_\_

EN EL INTERÉS DE \_\_\_\_\_,  
Un menor.

\*  
\* MENOR NO. \_\_\_\_\_  
\* PETITION (PETICIÓN)  
\*

COMPARECE EN ESTE ACTO el Estado de Iowa en representación de  
\_\_\_\_\_ Department of Human Services, y manifiesta:

1. Que la presente petición se eleva de conformidad con el Artículo § 232.182 del Código de Iowa y los artículos relacionados que establecen que los niños que padecen discapacidades deben ser asignados a cuidado de crianza temporal mediante orden judicial.
2. Que este/a menor tiene \_\_\_\_\_ años, nació el día \_\_\_\_\_, y su domicilio es \_\_\_\_\_.
3. Que los nombres y domicilios de los padres o tutores del/la menor son los siguientes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
4. Que el nombre y domicilio del tutor ad litem del/la menor es el siguiente  
\_\_\_\_\_.
5. Que la documentación necesaria, incluida una copia de los antecedentes sociales, se adjunta como respaldo de la presente Petición y se incorpora a la misma a los efectos de referencia.
6. Que la presente petición sostiene lo siguiente:
  - a) que el/la menor padece un retardo mental o una discapacidad de desarrollo;

- b) que se han realizado los esfuerzos posibles y razonables para evitar la colocación bajo cuidado de crianza temporal;
- c) que los padres o tutores del/la menor han demostrado disposición para cumplir sus responsabilidades tal como se estipula en el plan de permanencia de este caso; y que

Por lo tanto, el Estado de Iowa ruega que se dicten las órdenes que correspondan de acuerdo con las observaciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Representante, Dept. of Human Services

ESTADO DE IOWA                    )  
  )  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

El que suscribe, \_\_\_\_\_, el peticionante en este caso, luego de prestar el debido juramento, en este acto afirma y manifiesta que ha leído el contenido de la Petición y que, a su leal saber y entender, el mismo es exacto y correcto.

\_\_\_\_\_  
Representante, Dept. of Human Services

Firmado y jurado en mi presencia por \_\_\_\_\_  
a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Escribano Público

**Voluntary Foster Care Petition, Form 470-2634 and 470-2634(S)**

Purpose	Form 470-2634 is used to facilitate the scheduling of the initial determination hearing for voluntary foster care placements if another format is not provided by the juvenile court.
Source	Print or photocopy the English or Spanish version of this form from the samples in the manual.
Completion	The foster care worker completes of this form before placement.
Distribution	Make three copies of the completed form. File the original with the juvenile court where the parents or guardian are signing the foster care petition. Give a copy to the parents or guardian and file a copy in the child's case record.  Follow any alternative procedures as developed by the juvenile court.

**Voluntary Foster Care Placement Agreement, Form 470-0715 and 470-0715(S)**

Purpose	Form 470-0715 is used for securing a written agreement for all voluntary placements in foster care. All voluntary placement agreements for children under age 18 shall terminate after 90 days. See XIII-J, <a href="#">Voluntary Placement for Children Under Age 18</a> , and <a href="#">Voluntary Placement for Children Aged 18 or Older</a> , for more specific policies.
Source	Complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved forms folder on Outlook. You may also print the form from the sample in the manual.  Print or photocopy the Spanish version of this form from the sample in the manual.
Completion	The foster care worker completes the <i>Voluntary Foster Care Placement Agreement</i> before the child's placement into foster care (unless it is an emergency placement) and, for youth age 18 and older, upon each six months' redetermination.  Prepare three for children under 18; two for children 18 and over.
Distribution	After obtaining all required signatures, file the original in the child's record, and give one copy to the child or the parent or guardian who signed the agreement. For children under 18, make sure the FACS referral to ICAR is complete for eligible foster care placements.
Data	Both parents' signatures are necessary when both have custody of the child.

**VOLUNTARY FOSTER CARE PLACEMENT AGREEMENT**

This is a mutual agreement for temporary foster care placement for \_\_\_\_\_ .  
(child)

The Iowa Department of Human Services (hereafter known as DHS) and \_\_\_\_\_  
(parent, guardian, or child, age 18 or older)

**BOTH PARTIES AGREE TO THE FOLLOWING:**

1. DHS has authority to select the foster care placement, and has responsibility for care and supervision. Except in emergency situations, no change in placement will be made without prior notice to the client.
2. The client will provide a physical examination for the child before placement, except that in an emergency placement the examination will be provided within 72 hours after placement.
3. Parties will participate in developing a mutually agreed-upon case permanency plan before placement and every six months thereafter. Parties will comply with provisions of the case permanency plan and will maintain regular contact as specified in the case permanency plan. The client will notify the social worker or supervisor of any changes in family composition, phone number, address, employment, or income. DHS will inform the client of any changes in case worker or in the child's circumstances and progress. Failure to comply with the conditions of the case permanency plan could lead to juvenile court action. Be advised that any removal through juvenile court may lead to termination of parental rights.
4. The client will continue to take an active role in decision-making. Should an emergency arise where immediate medical attention is needed and the client is unable to authorize such attention, DHS has permission to call a physician and to consent to emergency medical and surgical care.
5. The client understands that the child's parents and the child are primarily and legally responsible for the costs of this out-of-home placement from the first day of this placement and that DHS has the duty under Iowa Code 234.39 to determine the amount of parental liability using the Iowa Uniform Child Support Guidelines. The client agrees to provide DHS with financial and health insurance information as necessary to determine the parents' liability for the cost of the placement. DHS will inform the client of the amount of parental liability. DHS will exchange information with other governmental agencies to verify the child's and the parents' social security numbers, income, and resources.
6. The client agrees to assign the child's unearned income. The client understands that the placement of this child in foster care creates an automatic assignment of court-ordered child support and medical support rights to the Department. This assignment is in addition to the parental liability assessment discussed in item 5. This assignment includes interest in support payments which come due for the child during the placement, regardless of whether the payment is paid before, during or after the placement period.
7. This mutual agreement is effective \_\_\_\_\_.
8. This agreement can be terminated by either party upon ten days' written notice. DHS may terminate the agreement if the client fails to follow its terms. The client may terminate the agreement for any reason. This agreement will be terminated if the client or child moves outside the state of Iowa.
9. For children under age 18, no voluntary placement agreement can be continued beyond 90 days. DHS payment for the placement will end unless continued foster care placement is court-ordered.

- 10. A voluntary placement agreement for a child age 18 or older will end six months from the effective date above. DHS payment will end unless a new agreement is negotiated. The agreement will also terminate, upon 10 days' written notice, if the child fails to attend an approved school in courses leading to a high school diploma (or its equivalent) or special education classes.

**SPECIAL REQUIREMENTS FOR VOLUNTARY FOSTER CARE PLACEMENTS OF INDIAN CHILDREN**

Is the child entering voluntary foster care an Indian child (meaning "a child under 18 years of age that a recognized Indian tribe has identified as a child of the tribal community").  Yes  No If yes, follow the special procedures described below.

- 1. The voluntary release of custody shall not be valid until the Indian child is at least 10 days old.
- 2. The voluntary placement agreement must be executed in writing and recorded before a judge of a court of competent jurisdiction.
- 3. The placement agreement must be accompanied by the judge's certification that the terms and conditions of the placement agreement were fully explained in detail and were fully understood by the Indian child's parent or Indian custodian and that the parent or Indian custodian fully understood the explanation in English or that it was interpreted into a language that the parent or Indian custodian understood.

If the parent states that the child is identified by a recognized Indian tribe as a member of their community, or the Department worker knows based on other information that the child is an Indian child, the Department worker should contact a judge as soon as possible, based on local court protocols, and arrange to have this agreement recorded before and certified by a judge. This judge's certification should be attached to this voluntary placement agreement. A sample judge's certification form is available from FOSU or DBDPS.

Signatures designate that the agreement has been reached.

Parent, Guardian, or Child age 18 or older	Date	Worker	Date
Supervisor	Date	Service Area Manager	Date

**VOLUNTARY FOSTER CARE PLACEMENT AGREEMENT  
(CONTRATO DE COLOCACIÓN VOLUNTARIA BAJO CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL)**

El presente constituye un acuerdo mutuo para colocar bajo cuidado de crianza temporal a

\_\_\_\_\_ (menor)

EL Iowa Department of Human Services (en adelante, DHS) y

\_\_\_\_\_ (padre/madre, tutor o menor con edad mínima de 18 años)

(en adelante, el cliente) son partes de este contrato.

**AMBAS PARTES ACUERDAN LO SIGUIENTE:**

1. El DHS está facultado para seleccionar el hogar sustituto del menor y tiene la responsabilidad de su cuidado y supervisión. Salvo en casos de emergencia, no se hará ninguna modificación en la colocación sin previa notificación al cliente.
2. El cliente dispondrá lo necesario para la realización de un examen físico del menor antes de la colocación, excepto que en el caso de una colocación de emergencia, el examen será realizado dentro de las 72 horas posteriores a la colocación.
3. Las partes participarán en el desarrollo de un plan de permanencia de mutuo acuerdo antes de la colocación y, a partir de entonces, cada seis meses. Las partes cumplirán con lo dispuesto en el plan de permanencia y mantendrán contacto regularmente de conformidad con lo especificado en dicho plan. El cliente notificará al supervisor o asistente social toda modificación en la composición familiar, número de teléfono, domicilio, empleo o ingresos. DHS informará al cliente toda modificación respecto del asistente del caso o de las circunstancias y progreso del menor. El no cumplimiento de las condiciones del plan de permanencia podría dar lugar a una acción legal en el juzgado de menores. Las partes quedan por el presente notificadas que todo retiro a través del juzgado de menores podría conducir a la extinción de la patria potestad.
4. El cliente continuará ejerciendo un rol activo en la toma de decisiones. En caso de surgir una emergencia donde sea necesaria atención médica inmediata y el cliente no pueda autorizar dicha atención, DHS queda facultado para llamar a un médico y dar su consentimiento para la atención médica y quirúrgica de urgencia.
5. El cliente entiende que los padres del menor y el menor son responsables jurídicamente y en primera instancia de los costos de esta colocación fuera del hogar desde el primer día de colocación y que, de conformidad con el Art 234.39 del Código de Iowa, DHS tiene la obligación de determinar el monto de responsabilidad parental mediante el Iowa Uniform Child Support Guidelines (Normas uniformes de respaldo al menor del estado de Iowa). El cliente se compromete a suministrar a DHS la información financiera y del seguro de salud que sea necesaria para determinar la responsabilidad parental en el costo de la colocación. DHS informará al cliente el monto de responsabilidad parental. DHS intercambiará información con otras agencias gubernamentales para verificar los números de seguridad social, ingresos y recursos del menor y de los padres.
6. El cliente se compromete a ceder los ingresos del menor no derivados de trabajo. El cliente entiende que la colocación de este menor bajo cuidado de crianza crea una cesión automática a favor del Departamento de los derechos de mantenimiento y respaldo médico ordenados por el juzgado para el menor. Esta cesión se suma a la determinación de responsabilidad parental contemplada en la cláusula 5. Esta cesión incluye intereses en los pagos de mantenimiento que se adeuden durante la colocación, independientemente si el pago se realiza antes, durante o después del período de colocación.
7. El presente contrato entra en vigencia \_\_\_\_\_.

8. El presente contrato puede ser rescindido por cualquiera de las partes previa notificación escrita con 10 días de anticipación. DHS podrá rescindir el contrato si el cliente no cumple con los términos y condiciones del mismo. El cliente podrá rescindir el contrato por cualquier motivo. El presente contrato se considerará rescindido si el cliente o el menor establecen domicilio fuera del estado de Iowa.
9. En el caso de menores con edad inferior a los 18 años, ningún contrato de colocación voluntaria podrá tener una vigencia superior a 90 días. El pago de DHS para la colocación concluirá salvo que, en virtud de una orden judicial, se establezca la continuación de la colocación bajo cuidado de crianza temporal.
10. En el caso de menores con 18 años cumplidos o que superen dicha edad, el contrato de colocación voluntaria concluirá a los seis meses de la fecha de entrada en vigencia antes mencionada. El contrato también podrá rescindirse previa notificación por escrito con una anticipación de 10 días, si el menor no cumple con su obligación de asistir a una escuela correccional y participar en los cursos correspondientes para la obtención de un diploma de escuela secundaria (o su equivalente) o bien en clases de educación especial.

**REQUISITOS ESPECIALES PARA LAS COLOCACIONES VOLUNTARIAS BAJO CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL DE LOS NIÑOS INDIOS (INDÍGENAS DE LOS ESTADOS UNIDOS)**

¿Es el menor que ingresa al sistema de cuidado de crianza temporal voluntario un niño indio (es decir, “un niño con edad inferior a los 18 años que una comunidad indígena de los Estados Unidos reconocida ha identificado como un niño de su comunidad”?  Sí  No En caso afirmativo, siga los procedimientos especiales descritos a continuación.

1. El consentimiento para la guarda no será válido hasta que el niño indio cumpla los 10 días de edad como mínimo.
2. El contrato de colocación voluntaria deberá ser instrumentado por escrito y presentado ante un juez de un tribunal competente.
3. El contrato de colocación debe estar acompañado por la certificación del juez de que los términos y condiciones del contrato de colocación fueron totalmente explicados en detalle y comprendidos por el padre (o madre) del niño indio o el tutor indio y que el padre/ (o madre) o el tutor indio comprenden totalmente la explicación en inglés o que fue interpretado a un idioma que el padre (o madre) o bien el tutor indio entendieron.

Si el padre (o madre) manifiesta que el niño está identificado por una comunidad indígena de los Estados Unidos reconocida como miembro de su comunidad, o el asistente del Departamento tiene conocimiento, en base a otros datos, que el menor es un niño indio, el asistente del Departamento debe contactarse con un juez a la brevedad posible, de conformidad con los protocolos judiciales locales, y disponer que el presente contrato sea elevado ante un juez y certificado por éste. La certificación del juez deberá adjuntarse a este contrato de colocación voluntaria. El modelo del formulario de certificación del juez se encuentra disponible en FOSU (Field Operations Support Unit – Unidad de Apoyo de Operaciones de Campo) o DBDPS (Division of Behavioral, Developmental and Protective Services – División de Servicios de Protección, Desarrollo y Comportamiento).

Las firmas indican conformidad con el acuerdo.

Padre (madre), tutor, o menor con edad mínima de 18 años	Fecha	Asistente	Fecha
Supervisor	Fecha	Gerente del área de servicios	Fecha